Sigmund Freud
Obras completas

[redacted]omentarios y notas
[redacted]s Strachey,
[redacted]ión de Anna Freud

Estudios sobre la histeria
(J. Breuer y S. Freud)
(1893-1895)

II

Amorrortu editores

Sigmund Freud
Obras completas

Presentación: *Sobre la versión castellana*

1. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899)

2. *Estudios sobre la histeria* (1893-1895)

3. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899)

4. *La interpretación de los sueños* (I) (1900)

5. *La interpretación de los sueños* (II) y *Sobre el sueño* (1900-1901)

6. *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901)

7. «Fragmento de análisis de un caso de histeria» (caso «Dora»), *Tres ensayos de teoría sexual*, y otras obras (1901-1905)

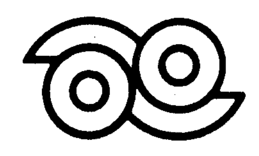
8. *El chiste y su relación con lo inconciente* (1905)

9. *El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen*, y otras obras (1906-1908)

10. «Análisis de la fobia de un niño de cinco años» (caso del pequeño Hans) y «A propósito de un caso de neurosis obsesiva» (caso del «Hombre de las Ratas») (1909)

11. *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*, *Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*, y otras obras (1910)

Obras completas
Sigmund Freud



Volumen 2

Obras completas

Sigmund Freud

Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey
con la colaboración de Anna Freud,
asistidos por Alix Strachey y Alan Tyson

Traducción directa del alemán de José L. Etcheverry

Volumen 2 (1893-95)

Estudios sobre la histeria

(Josef Breuer y Sigmund Freud)

Amorrortu editores

El título original en alemán de la presente obra, cuyos derechos se consignan a continuación, figura en la página 3.

Primera edición en castellano, 1978; segunda edición, 1985; primera reimpresión, 1987; segunda reimpresión, 1990; tercera reimpresión, 1992

Traducción directa del alemán: José Luis Etcheverry
Traducción de los comentarios y notas de James Strachey: Leandro Wolfson
Asesoramiento: Santiago Dubcovsky y Jorge Colapinto
Corrección de pruebas: Rolando Trozzi y Mario Leff

Publicada con autorización de Sigmund Freud Copyrights Ltd., The Hogarth Press Ltd., The Institute of Psychoanalysis (Londres) y Angela Richards. Primera edición en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 1955; séptima reimpresión, 1975.

Queda hecho el depósito que previene la ley n° 11.723.

Industria argentina. Made in Argentina.

ISBN 950-518-575-8 (Obras completas)
ISBN 950-518-578-2 (Volumen 2)

Impreso en los Talleres Gráficos Color Efe, Paso 192, Avellaneda, provincia de Buenos Aires, en mayo de 1992.

Tirada de esta edición: 4.000 ejemplares.

Indice general

Volumen 2

Advertencia sobre la edición en castellano

El presente libro forma parte de las *Obras completas* de Sigmund Freud, edición en 24 volúmenes que ha sido publicada entre los años 1978 y 1985. En un opúsculo que acompaña a esta colección (titulado *Sobre la versión castellana*) se exponen los criterios generales con que fue abordada esta nueva versión y se fundamenta la terminología adoptada. Aquí sólo haremos un breve resumen de las fuentes utilizadas, del contenido de la edición y de ciertos datos relativos a su aparato crítico.

La primera recopilación de los escritos de Freud fueron los *Gesammelte Schriften*,[1] publicados aún en vida del autor; luego de su muerte, ocurrida en 1939, y durante un lapso de doce años, aparecieron las *Gesammelte Werke*,[2] edición ordenada, no con un criterio temático, como la anterior, sino cronológico. En 1948, el Instituto de Psicoanálisis de Londres encargó a James B. Strachey la preparación de lo que se denominaría *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, cuyos primeros 23 volúmenes vieron la luz entre 1953 y 1966, y el 24° (índices y bibliografía general, amén de una fe de erratas), en 1974.[3]

La *Standard Edition*, ordenada también, en líneas generales, cronológicamente, incluyó además de los textos de Freud el siguiente material: 1) Comentarios de Strachey previos a cada escrito (titulados a veces «*Note*», otras «*Introducción*»).

[1] Viena: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 12 vols., 1924-34. La edición castellana traducida por Luis López-Ballesteros (Madrid: Biblioteca Nueva, 17 vols., 1922-34) fue, como puede verse, contemporánea de aquella, y fue también la primera recopilación en un idioma extranjero; se anticipó así a la primera colección inglesa, que terminó de publicarse en 1950 (*Collected Papers*, Londres: The Hogarth Press, 5 vols., 1924-50).

[2] Londres: Imago Publishing Co., 17 vols., 1940-52; el vol. 18 (índices y bibliografía general) se publicó en Francfort del Meno: S. Fischer Verlag, 1968.

[3] Londres: The Hogarth Press, 24 vols., 1953-74. Para otros detalles sobre el plan de la *Standard Edition*, los manuscritos utilizados por Strachey y los criterios aplicados en su traducción, véase su «General Preface», vol. 1, págs. xiii-xxii (traducido, en lo que no se refiere específicamente a la lengua inglesa, en la presente edición como «Prólogo general», vol. 1, págs. xv-xxv).

2) Notas numeradas de pie de página que figuran entre corchetes para diferenciarlas de las de Freud; en ellas se indican variantes en las diversas ediciones alemanas de un mismo texto; se explican ciertas referencias geográficas, históricas, literarias, etc.; se consignan problemas de la traducción al inglés, y se incluyen gran número de remisiones internas a otras obras de Freud. 3) Intercalaciones entre corchetes en el cuerpo principal del texto, que corresponden también a remisiones internas o a breves apostillas que Strachey estimó indispensables para su correcta comprensión. 4) Bibliografía general, al final de cada volumen, de todos los libros, artículos, etc., en él mencionados. 5) Indice alfabético de autores y temas, a los que se le suman en ciertos casos algunos índices especiales (p.ej., «Indice de sueños», «Indice de operaciones fallidas», etc.).

El rigor y exhaustividad con que Strachey encaró esta aproximación a una edición crítica de la obra de Freud, así como su excelente traducción, dieron a la *Standard Edition* justo renombre e hicieron de ella una obra de consulta indispensable.

La presente edición castellana, traducida directamente del alemán,[4] ha sido cotejada con la *Standard Edition*, abarca los mismos trabajos y su división en volúmenes se corresponde con la de esta. Con la sola excepción de algunas notas sobre problemas de traducción al inglés, irrelevantes en este caso, se ha recogido todo el material crítico de Strachey, el cual, como queda dicho, aparece siempre entre corchetes.[5]

Además, esta edición castellana incluye: 1) Notas de pie de página entre llaves, identificadas con un asterisco en el cuerpo principal, y referidas las más de las veces a problemas propios de la traducción al castellano. 2) Intercalaciones entre llaves en el cuerpo principal, ya sea para reproducir la palabra o frase original en alemán o para explicitar ciertas variantes de traducción (los vocablos alemanes se dan en nominativo singular, o tratándose de verbos, en infinitivo). 3) Un «Glosario alemán-castellano» de los principales términos especializados, anexo al antes mencionado opúsculo *Sobre la versión castellana*.

Antes de cada trabajo de Freud, se consignan en la *Standard Edition* sus sucesivas ediciones en alemán y en inglés; por nues-

[4] Se ha tomado como base la 4ª reimpresión de las *Gesammelte Werke*, publicada por S. Fischer Verlag en 1972; para las dudas sobre posibles erratas se consultó, además, Freud, *Studienausgabe* (Francfort del Meno: S. Fischer Verlag, 11 vols., 1969-75), en cuyo comité editorial participó James Strachey y que contiene (traducidos al alemán) los comentarios y notas de este último.

[5] En el volumen 24 se da una lista de equivalencias, página por página, entre las *Gesammelte Werke*, la *Standard Edition* y la presente edición.

tra parte proporcionamos los datos de las ediciones en alemán y las principales versiones existentes en castellano.[6]

Con respecto a las grafías de las palabras castellanas y al vocabulario utilizado, conviene aclarar que: *a*) En el caso de las grafías dobles autorizadas por las Academias de la Lengua, hemos optado siempre por la de escritura más simple («trasferencia» en vez de «transferencia», «sustancia» en vez de «substancia», «remplazar» en vez de «reemplazar», etc.), siguiendo así una línea que desde hace varias décadas parece imponerse en la norma lingüística. Nuestra única innovación en este aspecto ha sido la adopción de las palabras «conciente» e «inconciente» en lugar de «consciente» e «inconsciente», innovación esta que aún no fue aprobada por las Academias pero que parecería natural, ya que «conciencia» sí goza de legitimidad. *b*) En materia de léxico, no hemos vacilado en recurrir a algunos arcaísmos cuando estos permiten rescatar matices presentes en las voces alemanas originales y que se perderían en caso de dar preferencia exclusiva al uso actual.

Análogamente a lo sucedido con la *Standard Edition*, los 24 volúmenes que integran esta colección no fueron publicados en orden numérico o cronológico, sino según el orden impuesto por el contenido mismo de un material que debió ser objeto de una amplia elaboración previa antes de adoptar determinadas decisiones de índole conceptual o terminológica.[7]

[6] A este fin entendemos por «principales» la primera traducción (cronológicamente hablando) de cada trabajo y sus publicaciones sucesivas dentro de una colección de obras completas. La historia de estas publicaciones se pormenoriza en *Sobre la versión castellana*, donde se indican también las dificultades de establecer con certeza quién fue el traductor de algunos de los trabajos incluidos en las ediciones de Biblioteca Nueva de 1967-68 (3 vols.) y 1972-75 (9 vols.).

En las notas de pie de página y en la bibliografía que aparece al final del volumen, los títulos en castellano de los trabajos de Freud son los adoptados en la presente edición. En muchos casos, estos títulos no coinciden con los de las versiones castellanas anteriores.

[7] El orden de publicación de los volúmenes de la *Standard Edition* figura en *AE*, 1, pág. xxi, *n*. 7. Para esta versión castellana, el orden ha sido el siguiente: 1978: vols. 7, 15, 16; 1979: vols. 4, 5, 8, 9, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22; 1980: vols. 2, 6, 10, 12, 13, 23; 1981: vols. 1, 3; 1985: vol. 24.

Lista de abreviaturas

(Para otros detalles sobre abreviaturas y caracteres tipográficos, véase la aclaración incluida en la bibliografía, *infra*, pág. 317.)

AE Freud, *Obras completas* (24 vols., en curso de publicación). Buenos Aires: Amorrortu editores, 1978–.

BN Freud, *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.*

EA Freud, *Obras completas* (19 vols.). Buenos Aires: Editorial Americana, 1943-44.

GS Freud, *Gesammelte Schriften* (12 vols.). Viena: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924-34.

GW Freud, *Gesammelte Werke* (18 vols.). Volúmenes 1-17, Londres: Imago Publishing Co., 1940-52; volumen 18, Francfort del Meno: S. Fischer Verlag, 1968.

RP *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina, 1943–.

SA Freud, *Studienausgabe* (11 vols.). Francfort del Meno: S. Fischer Verlag, 1969-75.

SE Freud, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works* (24 vols.). Londres: The Hogarth Press, 1953-74.

SKSN Freud, *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre* (5 vols.). Viena, 1906-22.

SR Freud, *Obras completas* (22 vols.). Buenos Aires: Santiago Rueda, 1952-56.

* Utilizaremos la sigla *BN* para todas las ediciones publicadas por Biblioteca Nueva, distinguiéndolas entre sí por la cantidad de volúmenes: edición de 1922-34, 17 vols.; edición de 1948, 2 vols.; edición de 1967-68, 3 vols.; edición de 1972-75, 9 vols.

Estudios sobre la histeria
(Breuer y Freud)
(1893-95)

Introducción

Ediciones en alemán

«Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene: Vorläufige Mitteilung»

1893 *Neurol. Zbl.*, **12**, nº 1, págs. 4-10 (secciones I-II), y **12**, nº 2, págs. 43-7 (secciones III-V). (1º y 15 de enero.)
1893 *Wien. med. Blätter*, **16**, nº 3, págs. 33-5 (secciones I-II), y **16**, nº 4, págs. 49-51 (secciones III-V). (19 y 26 de enero.)
1895, etc. En *Studien über Hysterie*. (Véase *infra*.)
1906 *SKSN*, **1**, págs. 14-29. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)

Studien über Hysterie

1895 Leipzig y Viena: Franz Deuticke, v + 269 págs.
1909 2ª ed. La misma editorial, vii + 269 págs. (Sin modificaciones, pero con un nuevo prólogo.)
1916 3ª ed. La misma editorial, vii + 269 págs. (Sin modificaciones.)
1922 4ª ed. La misma editorial, vii + 269 págs. (Sin modificaciones.)
1925 *GS*, **1**, págs. 3-238. (No incluye las contribuciones de Breuer; con notas adicionales de Freud.)
1952 *GW*, **1**, págs. 77-312. (Reimpreso de *GS*.)
1975 *SA*, «Ergänzungsband» {Volumen complementario}, págs. 37-97. (Incluye sólo la parte IV: «Zur Psychotherapie der Hysterie».)

Traducciones en castellano *

1893 «Comunicación preliminar» (Breuer y Freud). *Gaceta Médica de Granada*, **11**, págs. 105-11 y 129-35. Sin mención de traductor.

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xi y *n*. 6.}

1925 «El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (Comunicación preliminar)». *BN* (17 vols.), **10**, págs. 7-27. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **10**, págs. 9-26. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 25-32. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **10**, págs. 9-22. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 25-32. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 41-50. El mismo traductor.

1925 *La histeria.** *BN* (17 vols.), **10**, págs. 5-275. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **10**, págs. 7-249. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 25-130. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **10**, págs. 7-192. El mismo traductor. «Agregados a *Estudios sobre la histeria*», *SR*, **22**, págs. 484-7. Traducción de Ludovico Rosenthal.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 25-129. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1972 *Estudios sobre la histeria.* *BN* (9 vols.), **1**, págs. 39-50 y 55-168. Traducción de Luis López-Ballesteros. (Incluye prólogos.)

La presente edición incluye las contribuciones de Breuer, pero por lo demás se basa en la edición alemana de 1925, que contiene notas al pie adicionales de Freud. La omisión de las contribuciones de Breuer en *Gesammelte Schriften* y *Gesammelte Werke* obligó a introducir en esas ediciones algunos cambios indispensables y nuevas notas al pie allí donde en la edición original Freud remitía a las partes eliminadas. Además, debió alterarse la numeración de los historiales clínicos, a causa de la ausencia del de Anna O. En esta edición no se tienen en cuenta esas modificaciones.**

En el sumario de sus primeros trabajos científicos, Freud

* {Las versiones castellanas siguientes no incluyen las contribuciones de Breuer; se las hallará en J. Breuer, *Contribuciones a los estudios sobre la histeria*, México: Siglo XXI editores.

** {Para la presente versión castellana de las contribuciones de Breuer se ha tomado como fuente la edición alemana de S. Freud y J. Breuer, *Studien über Hysterie*, Francfort del Meno: Fischer Taschenbuch Verlag, 1970.}

(1897*b*) incluyó resúmenes tanto de la «Comunicación preliminar» como del resto del volumen (nos. XXIV y XXXI).

1. Noticia histórica sobre los *Estudios*

Hoy conocemos con algún detalle la historia de la redacción de esta obra.

Josef Breuer (1842-1925) llevó a cabo su tratamiento de la señorita Anna O., en el cual se basa todo el trabajo, entre 1880 y 1882. A la sazón, Breuer gozaba de una alta reputación en Viena como facultativo de gran experiencia y destacado científico, en tanto que Sigmund Freud (1856-1939) apenas se iniciaba como médico.[1] Eran, no obstante, amigos desde varios años atrás. El tratamiento finalizó a comienzos de junio de 1882, y en noviembre de ese año Breuer relató el notable caso a Freud, quien, pese a estar en ese momento dedicado principalmente a la anatomía del sistema nervioso, quedó muy impresionado por él, a tal punto que tres años más tarde, cuando estudiaba en París con Charcot, informó sobre el caso a este último. «Pero el maestro no demostró interés alguno ante mis primeras referencias, de suerte que nunca volví sobre el asunto y aun yo mismo lo abandoné» (*Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, pág. 20).

Los estudios que realizó Freud con Charcot se centraron en gran medida en la histeria; cuando retornó a Viena en 1886 y se estableció como médico de enfermedades nerviosas, ella le suministró una gran proporción de su clientela. Al comienzo confió en los métodos terapéuticos habitualmente recomendados, como la hidroterapia, la electroterapia, los masajes y la cura de reposo de Weir Mitchell; pero cuando estos demostraron ser insatisfactorios dirigió su pensamiento en otra dirección. «En las últimas semanas», le escribe a su amigo Fliess el 28 de diciembre de 1887, «he emprendido la hipnosis y he tenido toda suerte de pequeños pero notables éxitos» (Freud, 1950*a*, Carta 2). Luego hizo una detallada reseña de uno de estos tratamientos exitosos (1892-93). Pero el caso de Anna O. seguía aún presente en el trasfondo de su mente, y «desde el comienzo mismo», nos dice (1925*d*, *AE*, **20**, pág. 19), «practiqué la hipnosis con otro fin además de la sugestión hipnótica». Ese «otro fin» era el método catártico, tema del presente libro.

[1] Gran parte de lo que sigue ha sido tomado de la biografía de Freud escrita por Ernest Jones (1953), especialmente del capítulo XI.

El caso de la señora Emmy von N. fue, según nos aclara Freud (*infra*, págs. 71 y 290), el primero que él trató por el método catártico.[2] En una nota al pie agregada al libro en 1924, circunscribe esta afirmación diciendo que fue el primer caso en que usó el método «en amplia medida» (pág. 122, *n.* 51); y es cierto que en esa fecha temprana seguía empleando de continuo la hipnosis en forma convencional —con el objeto de efectuar sugestiones terapéuticas directas—. De hecho, por esa época su interés en la sugestión hipnótica era lo suficientemente intenso como para llevarlo a traducir uno de los libros de Bernheim en 1888 y otro en 1892, así como a realizar, en el verano de 1889, una visita de algunas semanas a las clínicas de Liébeault y Bernheim en Nancy. El grado en que usó la sugestión terapéutica en el caso de la señora Emmy se aprecia muy claramente en su informe diario sobre las dos o tres primeras semanas de tratamiento, reproducido por él a partir de «las notas que noche tras noche redacté» (pág. 71). Por desgracia, no podemos averiguar con certeza cuándo comenzó dicho tratamiento (véase el «Apéndice A», pág. 311); pudo haber sido en mayo de 1888 o de 1889, o sea, alrededor de cuatro o alrededor de dieciséis meses después que «abordara la hipnosis». Finalizó un año más tarde, en el verano de 1889 o de 1890. En cualquiera de ambas alternativas, un lapso considerable se extiende antes del comienzo del siguiente historial clínico (en orden cronológico, aunque no de presentación en este libro). Nos referimos al caso de la señorita Elisabeth von R., iniciado en el otoño de 1892 (pág. 151) y que Freud describe (pág. 154) como su «primer análisis completo de una histeria». Pronto le siguió el de miss Lucy R., comenzado a fines del mismo año (pág. 124).[3] El caso restante, el de «Katharina», no tiene una fecha precisa (pág. 141), pero en el intervalo entre 1889 y 1892 Freud tuvo sin duda experiencia con otros casos. En particular, el de la señora Cäcilie M., «a quien llegué a conocer mucho más a fondo que a cualquiera otra de las pacientes aquí mencionadas» (pág. 90*n.*), aunque no pudo informar en detalle sobre ella debido a «circunstancias personales». Sin embargo, tanto él como Breuer aluden con frecuencia a ella en el curso del libro; y Freud nos dice (pág. 190) que «fue la

[2] Una puntualización hecha en pág. 121 parece indicar, en cambio, que el caso de la señora Cäcilie M. (mencionado algo más adelante) precedió al de la señora Emmy; no obstante, tal vez esta impresión proceda de que en ese lugar el texto no es suficientemente preciso.

[3] Anotemos que estos dos análisis apenas habían comenzado en el momento de publicarse la «Comunicación preliminar».

observación de este singular caso en comunidad con Breuer la ocasión inmediata para que publicáramos nuestra "Comunicación preliminar"».[4]

Los borradores de este célebre trabajo (que constituye la primera parte del libro) comenzaron a prepararse en junio de 1892. En una carta a Fliess del 28 de junio (Freud, 1950*a*, Carta 9), Freud le anuncia que «Breuer concordó en que la teoría de la abreacción y los otros hallazgos sobre la histeria a que llegamos en forma conjunta sean dados a conocer también en forma conjunta en una publicación pormenorizada». «Una parte de ella», continúa más adelante, «que al principio yo quería escribir solo, está terminada». Es evidentemente a esta parte «terminada» del trabajo a la que vuelve a referirse en una carta a Breuer escrita al día siguiente, el 29 de junio de 1892 (Freud, 1941*a*), *AE*, **1**, pág. 183: «La satisfacción con que le alcancé a usted despreocupadamente mis pocas páginas ha dejado sitio al malestar». En lo que sigue de la carta, Freud hace un muy apretado resumen del contenido que propone para el trabajo. Tenemos después la nota al pie agregada por él a

[4] El problema de averiguar cuándo empezó Freud a utilizar el método catártico se complica aún más por una declaración suya efectuada en 1916, en las circunstancias que pasamos a relatar. En el Congreso Médico Internacional celebrado en Londres en 1913, cobró notoriedad el absurdo, indocumentado e injusto ataque que lanzó Pierre Janet contra Freud y el psicoanálisis. Una réplica de Ernest Jones se publicó en *Journal of Abnormal Psychology*, **9** (1915), pág. 400, cuya traducción al alemán apareció en *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, **4** (1916), pág. 34. En el curso de su diatriba, Janet dijo que lo poco que había de valioso en el psicoanálisis provenía enteramente de sus propios escritos anteriores; al refutar esto, Jones señaló que, si bien era cierto que la publicación efectiva de los hallazgos de Breuer y Freud fue posterior a los de Janet (dados a conocer en 1889), la labor clínica en que el primer artículo de aquellos se basaba precedió en varios años a la de este. «La cooperación entre ambos autores —continuaba Jones— fue anterior en diez años a su primera comunicación, y en los *Estudios* se dice expresamente que uno de los casos sobre los que allí se informa fue tratado con el método catártico más de catorce años antes de la fecha de publicación». En este lugar de la traducción alemana (*ibid.*, pág. 42), una nota al pie con la firma «Freud» reza así: «Nota del editor: Me veo obligado a rectificar al doctor Jones en un punto que es inesencial para su polémica pero tiene importancia para mí. Todo lo dicho acerca de la prioridad e independencia del trabajo que luego se llamaría "psicoanalítico" conserva su validez, pero se refiere exclusivamente al logro de Breuer. Mi participación sólo comenzó en 1891-92. Los préstamos que yo he tomado no los he recibido de Janet sino de Breuer, como muchas veces lo he reconocido públicamente». La fecha que aquí da Freud es enigmática. En 1891 ya habían pasado dos o tres años desde el comienzo del caso de Emmy von N., y aun faltaba un año para el de Elisabeth von R.

su traducción de un volumen de las *Leçons du mardi*, de Charcot (Freud, 1892-94, pág. 107), *AE*, **1**, págs. 171-2; allí, en tres breves párrafos, se sintetizan las tesis de la «Comunicación preliminar» y se dice que esta «ha sido comenzada».[5]

Aparte de lo que hemos mencionado, han sobrevivido otros dos bosquejos, un poco más elaborados.[6] El primero de ellos (Freud, 1940*d*), en letra manuscrita de Freud, aunque se declara que fue escrito junto con Breuer, lleva como fecha «fines de noviembre de 1892»; se ocupa de los ataques histéricos, y su contenido fue incluido en su mayoría, con otras palabras, en la sección 4 de la «Comunicación preliminar» (*infra*, págs. 39 y sigs.); sin embargo, se le suprimió inexplicablemente un párrafo importante, tocante al «principio de constancia», y en este libro sólo Breuer se refiere al tema, en la tercera parte (*infra*, págs. 208 y sigs.). Existe, en fin, la nota titulada «III» (Freud, 1941*b*), sin fecha; en ella se examinan los «estados hipnoides» y la disociación histérica; está estrechamente vinculada con la sección 3 del trabajo publicado (*infra*, págs. 37 y sigs.).

El 18 de diciembre de 1892, Freud le escribió a Fliess (Freud, 1950*a*, Carta 11): «Me encanta poder decirte que nuestra teoría de la histeria (reminiscencia, abreacción, etc.) va a aparecer el 1º de enero de 1893 en *Neurologisches Zentralblatt*, bajo la forma de una minuciosa comunicación preliminar. Ha significado una larga batalla con mi colega». El trabajo, fechado en «diciembre de 1892», apareció en verdad en dos números de la revista: las dos primeras secciones el 1º de enero y las tres restantes el 15 de enero. La *Neurologisches Zentralblatt* se publicaba quincenalmente en Berlín, y la «Comunicación preliminar» fue casi de inmediato reimpresa en su totalidad en *Wiener medizinische Blätter*, de Viena, los días 19 y 26 de enero. El 11 de enero, cuando el trabajo sólo había sido publicado a medias, Freud dio una conferencia sobre el tema en el Wiener medizinischer Club {Club de Medicina de Viena}; la versión taquigráfica completa de la conferencia, «revisada por el conferencista», apareció el 22 y el 29 de enero en *Wiener medizinische Presse*, **34**, págs. 122-6 y 165-7. La conferencia (Freud,

[5] Resulta imposible establecer con precisión la fecha de esta nota, pues si bien el prólogo de Freud a su traducción está datado «junio de 1892», la obra se publicó en varias partes, la última de las cuales no pudo haber aparecido antes de fines de mayo de 1894 (cf. *AE*, **1**, págs. 165-6). No obstante, como esa nota figura en una de las primeras páginas del libro, puede estimarse con bastante certidumbre que data del verano o el otoño de 1892.

[6] Ambos son recogidos en el primer volumen de la *Standard Edition*.

1893*b*) abarcó aproximadamente la misma temática que el trabajo escrito, pero el tratamiento del material fue muy distinto, mucho menos formal.

La publicación del trabajo no parece haber producido efectos manifiestos muy grandes en Viena o Alemania; en Francia, en cambio, como informó Freud a Fliess en su carta del 10 de julio de 1893 (Freud, 1950*a*, Carta 13), mereció una mención favorable de Janet, cuya resistencia hacia las ideas de Freud no se desplegaría sino más tarde. Janet incluyó una larga y sumamente laudatoria reseña de la «Comunicación preliminar» en su artículo «Quelques définitions récentes de l'hystérie» {Algunas definiciones recientes de la histeria}, publicado en *Archives de Neurologie* en junio y julio de 1893; este artículo fue utilizado por él como capítulo final de su libro, *L'état mental des hystériques* (1894). Más imprevisto, quizá, fue el hecho de que en abril de 1893 —sólo tres meses después de aparecer la «Comunicación preliminar»— F. W. H. Myers hiciera una reseña muy completa en una reunión plenaria de la Society for Psychical Research {Sociedad de Investigaciones Psíquicas} de Londres, reseña impresa en los *Proceedings* de la Sociedad en el siguiente mes de junio. También Michell Clarke escribió un amplio resumen para *Brain* (1894, pág. 125). Pero la reacción más sorprendente e insólita fue la traducción completa de la «Comunicación preliminar» al español, aparecida en febrero y marzo de 1893 en la *Gaceta Médica de Granada* (**11**, págs. 105-11 y 129-35).*

La próxima tarea de los autores consistió en la preparación del material de los casos, y ya el 7 de febrero de 1894 Freud decía que el libro estaba «semiterminado: lo que queda por hacer es sólo una pequeña minoría de los historiales clínicos y dos capítulos generales». En un pasaje inédito de la carta del 21 de mayo menciona que está escribiendo el último historial, y el 22 de junio (1950*a*, Carta 19) da una lista de lo que ha de contener «el libro con Breuer»: «cinco historiales clínicos, un ensayo suyo sobre las teorías de la histeria (resumen y crítica), con el cual yo no tengo nada que ver, y uno mío sobre terapia que todavía no he comenzado». Luego de esto la actividad evidentemente se suspendió, pues recién el 4 de marzo de 1895

* {En una carta a Ludovico Rosenthal fechada el 22 de marzo de 1955, apuntaba Strachey que esta es «la primerísima traducción de una obra psicológica de Freud que se haya publicado en el mundo» (*RP*, **3**, pág. 226*n.*).}

(*ibid.*, Carta 22) escribe que está «trabajando a toda prisa en el ensayo sobre la terapia de la histeria», concluido el día 13 de ese mes (carta inédita). En otra carta inédita, del 10 de abril, le envía a Fliess la segunda mitad de las pruebas del libro, y al día siguiente le dice que este verá la luz dentro de tres semanas.

Los *Estudios sobre la histeria* parecen haber sido publicados en mayo de 1895, aunque en ellos no figura la fecha exacta. El libro fue acogido desfavorablemente en los círculos médicos alemanes; por ejemplo, el conocido neurólogo Adolf von Strümpell escribió una reseña sumamente crítica (*Deutsch. Z. Nervenheilk*, 1896, pág. 159). En cambio, un autor no médico, Alfred von Berger, más tarde director del Burgtheater de Viena, lo elogió en *Neue Freie Presse* (2 de febrero de 1896). En Inglaterra, Michell Clarke le dedicó una larga y apreciativa nota en *Brain* (1896, pág. 401), y Myers volvió a mostrar su interés por la obra en una conferencia de considerable extensión pronunciada en marzo de 1897, e incluida luego en su libro *Human Personality and its Survival from Bodily Death* (1903).

Pasaron más de diez años antes de que se hiciera sentir la necesidad de una segunda edición, y para entonces los caminos de ambos autores se habían apartado entre sí. En mayo de 1906, Breuer escribió a Freud diciéndole que concordaba en reimprimir la obra, pero la conveniencia de que esta llevase un nuevo prólogo conjunto dio lugar a discrepancias. Hubo nuevas demoras, y finalmente, como se verá (cf. pág. 25), cada uno escribió un prólogo por separado. Estos prólogos llevan como fecha «julio de 1908», si bien la segunda edición no apareció realmente hasta 1909. En esta y las posteriores reediciones el texto permaneció inalterado, pero en 1924 Freud escribió algunas notas al pie adicionales para el volumen de *Gesammelte Schriften* (publicado en 1925) en que se reimprimió la parte de los *Estudios* correspondiente a su pluma, e introdujo uno o dos pequeños cambios en el texto.

2. Importancia de los *Estudios* para el psicoanálisis

Suele considerarse a los *Estudios sobre la histeria* el punto de partida del psicoanálisis. Vale la pena examinar brevemente si esto es verdad, y en qué aspectos lo es. A los fines de este examen dejaremos de lado qué porción de la obra

es atribuible a cada autor (de lo cual nos ocuparemos más adelante), y trataremos al libro como una totalidad. Para indagar la importancia de los *Estudios* en el desarrollo subsiguiente del psicoanálisis conviene dividir la cuestión en dos partes, aunque esa división sea por fuerza artificial. ¿Hasta qué punto y de qué manera las técnicas descritas en los *Estudios*, y los hallazgos clínicos a que condujeron, allanaron el camino para la práctica del psicoanálisis? ¿Hasta qué punto las concepciones teóricas aquí propuestas fueron incorporadas por Freud a sus doctrinas posteriores?

Rara vez se aprecia en grado suficiente que quizás el más importante de los logros de Freud fue su invención del primer instrumento para el examen científico de la mente humana. Uno de los rasgos más fascinantes del presente volumen es que nos permite rastrear las etapas iniciales del desarrollo de ese instrumento. No sólo narra cómo fueron superados una serie de obstáculos, sino la historia del *descubrimiento* de esos obstáculos que debían ser superados.

Anna O., la paciente de Breuer, puso de relieve y superó ella misma el primero de estos obstáculos: la amnesia característica del paciente histérico. Cuando se trajo a la luz la existencia de esta amnesia, de inmediato se advirtió que el contenido psíquico manifiesto de la paciente no lo era todo, que había detrás un contenido psíquico *inconciente* (págs. 68 y sigs.). Así pues, desde el principio quedó en claro que el problema no consistía meramente en la investigación de procesos psíquicos *concientes*, para los cuales bastarían los métodos de indagación ordinarios de la vida cotidiana; si también había procesos psíquicos inconcientes, se requería a todas luces un instrumento especial. El instrumento obvio para este propósito era la sugestión hipnótica —utilizada, no con fines directamente terapéuticos, sino para persuadir al paciente a que produjera material oriundo de la región inconciente de la psique—. Con Anna O. apenas se hizo necesario recurrir a este medio; ella producía torrentes de material de su inconciente, y todo lo que Breuer tenía que hacer era sentarse a su lado y escucharla sin interrumpirla. Pero no siempre esto era tan sencillo como parece, y el historial de la señora Emmy muestra en muchos puntos cuán difícil le resultaba a Freud adaptarse a este nuevo uso de la sugestión hipnótica y atender a todo lo que la paciente tenía para decir sin tratar de interferir ni buscar ningún atajo (v. gr., págs. 81*n.* y 83, *n.* 21). Por lo demás, no todos los histéricos eran tan accesibles como Anna O.; no con

cualquiera se obtenía con tanta prontitud la hipnosis profunda en que ella caía, aparentemente por propia voluntad. Y aquí surgió un nuevo obstáculo: Freud nos dice que estaba lejos de ser un adepto del hipnotismo. En este libro nos relata varias veces (v. gr., págs. 125 y sigs.) cómo eludió esta dificultad, cómo renunció poco a poco a sus tentativas de producir la hipnosis y se contentó con llevar a sus pacientes a un estado de «concentración» recurriendo ocasionalmente a la «técnica de la presión sobre la frente». Pero justamente fue su abandono del hipnotismo lo que amplió aún más su intelección de los procesos psíquicos, revelándole la presencia de otro obstáculo: la resistencia de los pacientes al tratamiento (págs. 168, y 275 y sigs.), su renuencia a cooperar en su propia curación. ¿Cómo habría de abordarse esa renuencia? ¿Debía sugerirse, o exigir de viva voz, que se la depusiera? ¿O simplemente debía investigársela, como a otros fenómenos psíquicos? La elección de este segundo camino llevó a Freud directamente al mundo desconocido que exploraría durante todo el resto de su vida.

En los años inmediatamente posteriores a los *Estudios*, Freud abandonó cada vez más la mecánica de la sugestión deliberada (cf. pág. 128*n*.) y pasó a confiar en el flujo de «asociaciones libres» de los pacientes. Esto abrió el camino para el análisis de los sueños. Y el análisis de los sueños le permitió, en primer lugar, inteligir el funcionamiento del «proceso primario» de la psique y la forma en que influye en la producción de nuestros pensamientos más accesibles; quedó así en posesión de un nuevo expediente técnico: la «interpretación». Pero, en segundo lugar, el análisis de los sueños posibilitó su propio autoanálisis y sus consecuentes descubrimientos de la sexualidad infantil y del complejo de Edipo. Todo esto, salvo unos pocos y vagos indicios,[7] era aún cosa del futuro; pero ya en las últimas páginas de este libro se había topado con otro obstáculo que se levantaba en el camino del investigador: la «trasferencia» (págs. 305 y sigs.). Tuvo un atisbo de su formidable poder y tal vez, incluso, comenzó a advertir que no sólo era un obstáculo, sino que sería otro de los principales instrumentos de la técnica psicoanalítica.

En lo fundamental, la posición teórica adoptada por los autores de la «Comunicación preliminar» parece, a primera

[7] Véase, por ejemplo, lo que se dice acerca de los sueños en págs. 89-90, y el atisbo sobre la idea de la asociación libre en pág. 78.

vista, simple. Afirman que, en el decurso normal, si una vivencia es acompañada por un gran monto de «afecto», ese afecto o bien es «descargado» en una variedad de actos reflejos concientes, o bien desaparece gradualmente por asociación con otro material psíquico conciente. Pero en el caso de los pacientes histéricos (por razones que enseguida elucidaremos) no sucede ni una cosa ni la otra. El afecto permanece «estrangulado» y el recuerdo de la vivencia a la que está adherido es suprimido de la conciencia. A partir de entonces el recuerdo afectivo se exterioriza en síntomas histéricos, que pueden considerarse «símbolos mnémicos» —o sea, símbolos del recuerdo sofocado (pág. 109)—. Para explicar esta formación patológica se ofrecen dos razones principales. Una es que la vivencia original tuvo lugar hallándose el sujeto en un particular estado de disociación mental, que se describe como «estado hipnoide»; la otra es que el «yo» del sujeto, considerando que esa vivencia era «inconciliable» con él, debió «defenderse» de ella. En ambos casos, la eficacia terapéutica del procedimiento «catártico» se justifica con igual fundamentación: si la vivencia original, junto con su afecto, puede ser traída a la conciencia, el afecto es por ese mismo hecho descargado o «abreaccionado», la fuerza que ha mantenido al síntoma deja de operar y el síntoma desaparece.

Todo esto resulta muy evidente, pero si se medita un poco muchas cosas quedan inexplicadas. ¿Por qué un afecto tiene necesidad de «descargarse»? ¿Y por qué son tan enormes las consecuencias de que no se descargue? Estos problemas subyacentes no se examinan para nada en la «Comunicación preliminar», si bien ya se había aludido a ellos brevemente en dos de los bosquejos póstumos (1941*a* y 1940*d*) y existía una hipótesis que suministraba una explicación. Curiosamente, esta hipótesis, omitida de la «Comunicación preliminar», fue de hecho expuesta por Freud en su conferencia del 11 de enero de 1893 (cf. pág. 8). Volvió a mencionarla al final de su primer trabajo sobre «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *AE*, **3**, pág. 61, donde declara expresamente que ella está en la base de la teoría de la abreacción presentada en la «Comunicación preliminar» un año atrás. Pero esta hipótesis básica fue por primera vez expuesta formalmente y bautizada en la segunda sección de la contribución de Breuer para el presente volumen (págs. 204 y sigs.). Es interesante que esta, la más fundamental de las teorías de Freud, fuera examinada a fondo en primer lugar por Breuer (cierto es que atribuyéndosela a aquel), y que, si bien ocasionalmente Freud volvió a ocuparse de ella

—v. gr., en las páginas iniciales de «Pulsiones y destinos de pulsión» (1915*c*)—, no la mencionara de manera explícita hasta *Más allá del principio de placer* (1920*g*). Como ahora sabemos, se refirió a esa hipótesis y le dio nombre en una comunicación a Fliess de fecha incierta, tal vez de 1894 (Freud, 1950*a*, Manuscrito D), *AE*, **1**, pág. 226; y bajo otro nombre (cf. *infra*, pág. 18) la examinó detenidamente en el «Proyecto de psicología», escrito pocos meses después de la publicación de los *Estudios*. Pero el Manuscrito D y el «Proyecto» salieron a la estampa sólo cincuenta y cinco años más tarde (1950*a*).

El «principio de constancia» (tal el nombre que recibió la hipótesis) puede definirse en los términos empleados por Freud en *Más allá del principio de placer* (*AE*, **8**, págs. 8-9): «El aparato anímico se afana por mantener lo más baja posible, o al menos constante, la cantidad de excitación presente en él». Breuer la formula *infra* (pág. 208) en términos muy similares, pero con un sesgo neurológico: «la tendencia a mantener constante la excitación intracerebral».[8] En sus esclarecimientos de págs. 212 y sigs., argumenta que los afectos deben su importancia en la etiología de la histeria al hecho de ir acompañados por la producción de grandes cantidades de excitación, y que estas a su vez exigen ser descargadas de acuerdo con el principio de constancia. Análogamente, las vivencias traumáticas deben su fuerza patógena a que producen cantidades de excitación demasiado grandes para ser tramitadas de la manera normal. De este modo, la posición teórica esencial que sustenta los *Estudios* es que la necesidad clínica de abreaccionar el afecto y los resultados patógenos de su estrangulamiento se explican por la tendencia, más general aún (expresada por el principio de constancia), a mantener constante la cantidad de excitación.

Se ha dicho a menudo que los autores de los *Estudios* atribuyeron los fenómenos de la histeria sólo a los traumas y a sus inerradicables recuerdos, y que no fue sino más tarde cuando Freud, al desplazar el acento de los traumas infantiles a las fantasías infantiles, llegó a su trascendente concepción «dinámica» de los procesos psíquicos. No obstante, de lo dicho se infiere que una hipótesis dinámica, bajo la forma del principio de constancia, ya estaba implícita en

[8] En la conferencia del 11 de enero de 1893, Freud enunció este principio como sigue: «Si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo que por el momento llamaremos la "suma de excitación". Ahora bien, en todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de volver a empequeñecer esa suma de excitación» (*AE*, **3**, pág. 37).

la teoría del trauma y la abreacción. Y cuando llegó el momento de ampliar los horizontes y de atribuir una importancia mucho mayor a la pulsión que a la vivencia, no hubo necesidad de modificar la hipótesis básica. En verdad, ya Breuer apunta el papel que cumplen «las grandes necesidades fisiológicas y pulsiones del organismo» en cuanto a provocar aumentos de excitación que exigen la descarga (pág. 210), y destaca la importancia de la «pulsión sexual» como «la fuente más poderosa de aumentos de excitación persistentes (y, como tal, de neurosis)» (pág. 211). Además, la noción misma de conflicto y de represión de representaciones incompatibles se funda expresamente en la ocurrencia de aumentos de excitación displacenteros. Esto nos lleva a señalar, como lo hace Freud en *Más allá del principio de placer* (*AE*, **18**, págs. 7 y sigs.), que el propio principio de placer está íntimamente ligado al principio de constancia. Llega incluso a declarar que el principio de placer «es una tendencia que está al servicio de una función: la de hacer que el aparato anímico quede exento de excitación, o la de mantener en él constante, o en el nivel mínimo posible, el monto de la excitación» (*ibid.*, pág. 60). En ese pasaje afirma, asimismo, que son exteriorizaciones del principio de constancia el carácter «conservador» que él atribuyó a las pulsiones en sus obras posteriores, y la «compulsión de repetición»; y queda claro que la hipótesis en que se basaron estos tempranos *Estudios sobre la histeria* seguía siendo apreciada como fundamental por Freud en sus más tardías especulaciones.

3. Discrepancias entre los dos autores

No nos ocuparemos aquí de las relaciones personales entre Breuer y Freud, sobre las cuales Ernest Jones se explayó en el primer volumen de su biografía, pero sí interesa analizar brevemente sus divergencias *científicas*. Se hace franca mención de ellas en el prólogo a la primera edición del libro, y en sus publicaciones posteriores Freud con frecuencia las mostró mayores aún. No obstante, curiosamente, no resaltan en el libro mismo; y aunque la «Comunicación preliminar» es la única parte de él que señala expresamente la autoría conjunta de ambos, no es fácil atribuir con certeza a uno o al otro la responsabilidad por el origen de las otras diversas partes que componen la totalidad de la obra.

Podemos, con toda seguridad, adjudicar a Freud los desa-

rrollos posteriores de la técnica, así como los cardinales conceptos teóricos de resistencia, defensa y represión, a que aquellos dieron lugar. Por las puntualizaciones hechas en págs. 275 y sigs., es fácil ver que estos conceptos fueron una consecuencia del relevo de la hipnosis por la técnica de la presión sobre la frente. El propio Freud, en su «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*), *AE*, **14**, pág. 15, declara que «la doctrina de la represión es ahora el pilar fundamental sobre el que descansa el edificio del psicoanálisis», y acerca de la forma en que llegó a ella da igual descripción que aquí. También expresa su creencia de haberla concebido en forma independiente, creencia ampliamente confirmada por la historia del descubrimiento. Señala en ese mismo pasaje que un atisbo de la noción de represión se encuentra ya en Schopenhauer (1819), cuya obra leyó empero en un momento más tardío de su vida; y en fecha reciente se ha apuntado que la palabra alemana para «represión», «*Verdrängung*», aparece en los escritos de Herbart (1892), psicólogo de comienzos del siglo XIX, cuyas ideas gravitaron en muchos de los que rodeaban a Freud en esa época, en particular en Meynert, su más cercano profesor de psiquiatría. Sin embargo, ninguna de estas menciones resta originalidad en grado significativo a la teoría de Freud, de base empírica, tal cual tuvo su primera expresión en la «Comunicación preliminar» (págs. 35-6).

Por su parte, es indudable que se debe a Breuer la idea de los «estados hipnoides» (de los que enseguida nos ocuparemos) y posiblemente los términos «catarsis» y «abreacción».

Pero muchas de las conclusiones teóricas a que se arribó en los *Estudios* deben haber sido el producto de la discusión entre los dos autores durante los años en que colaboraron, y Breuer indica (págs. 197-8) la dificultad de establecer la prioridad en tales casos. Aparte de la influencia de Charcot, sobre la cual Freud nunca dejaba de insistir, debe recordarse también que tanto Breuer como Freud adherían básicamente a la escuela de Helmholz, uno de cuyos miembros prominentes era el maestro de ambos, Ernst Brücke. Gran parte de la teoría subyacente en los *Estudios* deriva de la doctrina sostenida por dicha escuela en el sentido de que todos los fenómenos naturales son explicables, en última instancia, en función de fuerzas físicas y químicas.[9]

Ya hemos visto que, aunque Breuer fue el primero en lla-

[9] Ernest Jones (1953, **1**, págs. 44 y sigs., y 407 y sigs.) examina con amplitud las diversas influencias que posiblemente obraron sobre las concepciones de Freud. Además de los nombres mencionados en

mar al «principio de constancia» por ese nombre, adjudicó la hipótesis a Freud. Lo mismo hizo con el término «conversión», si bien (tal como se explica en pág. 217, *n.* 12) Freud aclaró que eso sólo era válido para el bautismo, pues la concepción les vino a ambos en común. Hay, en cambio, varias concepciones muy importantes que parecen atribuibles con derecho a Breuer: la idea de que la alucinación consiste en una excitación «retrocedente» del aparato perceptivo por unas imágenes mnémicas (pág. 201); la tesis de que un mismo aparato no puede cumplir a la vez las funciones de la percepción y la memoria (págs. 200-1*n.*), y, por último, lo que más sorprende, el distingo entre la energía psíquica ligada (tónica) y no ligada (móvil), y el correspondiente distingo entre los procesos psíquicos primario y secundario (págs. 205-6*n.*).

El uso del término «*Besetzung*» («investidura»), que en el sentido que habría de tornarse tan familiar en la teoría psicoanalítica hace su primera aparición en la pág. 108, debe con toda probabilidad atribuirse a Freud. Desde luego, el principio de constancia presupone la representación de que todo el aparato psíquico o una parte de él porta una carga de energía; y si bien fue en este volumen donde por primera vez se utilizó el término más tarde canónico, ya antes Freud había expresado esa idea bajo otras formas. Así, en frases tales como «*mit Energie ausgestattet*» {«dotado de energía»} (1895*b*), «*mit einer Erregungssumme behaftet*» {«gravado con una suma de excitación»} (1894*a*), «*munie d'une valeur affective*» {«dotado de un valor afectivo»} (1893*c*), «*Verschiebungen von Erregungssummen*» {«desplazamientos de sumas de excitación»} (1941*a* [1892]), *AE*, **1**, pág. 184, y, ya en el prólogo (1888-89) a su primera traducción de Bernheim, «*Verschiebungen von Erregbarkeit im Nervensystem*» {«desplazamientos de la excitabilidad dentro del sistema nervioso»}, *AE*, **1**, pág. 83.

Pero esta última cita recuerda algo de gran importancia que puede con facilidad ser pasado por alto. No cabe duda de que en la época en que se publicaron los *Estudios* Freud consideraba que el término «investidura» era de cuño puramente fisiológico. Lo prueba la definición que da de él en el «Proyecto de psicología» (1950*a*), que ya entonces ocupaba su mente (como lo muestran las cartas a Fliess) y que fue redactado apenas unos meses después. Allí, luego de des-

el texto, merece especial mención el psicofísico G. T. Fechner; la deuda que con él tenía fue reconocida por Freud en su *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, pág. 55.

cribir la entidad neurológica recientemente descubierta, la «neurona», dice: «Si uno combina este cuadro de las neuronas con la concepción de la teoría de la cantidad [*Q*ἡ], obtiene la representación de una neurona *investida*, que está llena con cierta cantidad, y otras veces puede estar vacía» (*AE*, **1**, pág. 342). La forma en que se enuncia en ese mismo «Proyecto» el principio de constancia, con el nombre de «principio de inercia neuronal» (según el cual las neuronas «procuran aliviarse de la cantidad») (*ibid.*, pág. 340), nos muestra el sesgo neurológico que tenían en este período las teorías de Freud. Queda así revelada una notable paradoja. Breuer, como se verá (*infra*, pág. 197), declara su propósito de tratar el tema de la histeria en términos puramente psicológicos: «En estas elucidaciones se hablará muy poco del encéfalo, y nada sobre las moléculas. Los procesos psíquicos deben tratarse en el lenguaje de la psicología». Pero, en realidad, este capítulo teórico se ocupa en gran medida de «excitaciones intracerebrales» y de analogías entre el sistema nervioso y las instalaciones eléctricas. Por otro lado, Freud aplicaba todas sus energías a la explicación de los fenómenos psíquicos en términos fisiológicos y químicos, aunque él mismo confiese en tono algo quejumbroso que sus historiales clínicos se leen como novelas y sus análisis son psicológicos (pág. 174).

La verdad es que, en 1895, Freud se hallaba a mitad de camino en su tránsito de las explicaciones fisiológicas de los estados psicopatológicos a su elucidación psicológica. Por una parte, proponía lo que en líneas generales se puede denominar una explicación química de las neurosis «actuales» —neurastenia y neurosis de angustia— (en sus dos trabajos sobre la neurosis de angustia, 1895*b* y 1895*f*); por la otra, una elucidación psicológica, en términos de «defensa» y de «represión», de la histeria y las neurosis obsesivas (en sus dos trabajos sobre las neuropsicosis de defensa, 1894*a* y 1896*b*). Su formación inicial y su carrera como neurólogo hacían que se resistiese a aceptar como definitivas las explicaciones psicológicas, y estaba empeñado en formular una complicada estructura de hipótesis que permitieran describir los sucesos psíquicos en términos exclusivamente neurológicos. Este intento culminó en el «Proyecto» y no mucho después fue abandonado; pero hasta el fin de su vida Freud siguió sosteniendo la etiología química de las neurosis «actuales» y creyendo que a la postre se descubriría el fundamento físico de todos los fenómenos mentales. En el ínterin, sólo gradualmente llegó a adoptar la concepción de Breuer en cuanto a que los procesos psíquicos debían tratarse en el

lenguaje de la psicología. No fue sino en 1905, en su libro sobre el chiste (1905*c*), *AE*, **8**, págs. 140-1, que rechazó por primera vez expresamente todo propósito de emplear el término «investidura» en un sentido que no fuese psicológico y de equiparar los tractos nerviosos o las neuronas con las vías de la asociación mental.[10]

Ahora bien, ¿cuáles eran las discrepancias científicas esenciales entre Breuer y Freud? En su *Presentación autobiográfica* (*AE*, **20**, pág. 11), Freud nos dice que la primera de ellas se vinculaba con la etiología de la histeria y consistía en la contraposición de su doctrina de la defensa con la teoría de los estados hipnoides. Pero tampoco en este caso el problema está tan bien deslindado en el presente volumen. En la «Comunicación preliminar» conjunta se aceptan ambas etiologías (págs. 35-6). En su capítulo teórico, Breuer evidentemente otorga preponderancia a los estados hipnoides (págs. 226 y sigs.), pero también destaca (aunque con un poco menos de entusiasmo) la importancia de la «defensa» (págs. 225 y 245). Freud parece aceptar la idea de los «estados hipnoides» en su historial de «Katharina» (pág. 144)[11] y, menos resueltamente, en el de Elisabeth von R. (pág. 180, *n*. 12). Su escepticismo al respecto no se trasluce hasta la parte final (pág. 291). En su trabajo sobre «La etiología de la histeria» (1896*c*), publicado al año siguiente, ese escepticismo adquiere expresión aún más franca, y en una nota al pie del historial clínico de «Dora» (1905*e*), *AE*, **7**, págs. 25-6, declara que la designación «estado hipnoide» es «ociosa y despistante», y que esa hipótesis «nació por exclusiva iniciativa de Breuer».

Sin embargo, la principal divergencia entre ambos sobre la cual Freud insistió más adelante se refería al papel cumplido por las pulsiones sexuales en la causación de la histeria —aunque también en este caso la *manifestación* de esa divergencia se hallará aquí menos nítida de lo que podría esperarse—. La creencia de Freud en el origen sexual de la

[10] Una corrección que Freud se sintió obligado a hacer treinta años después en la última oración del presente libro pone de relieve la inestabilidad de la posición que en materia de neurología aún trataba de mantener en 1895. En esta fecha había empleado el término «*Nervensystem*» {«sistema nervioso»}, que en 1925 cambió por «*Seelenleben*» {«vida anímica»}. Pero lo que parecía un cambio trascendental no afectó en lo más mínimo el significado de la oración. Ya en la época en que Freud escribió este trabajo, el viejo vocabulario neurológico no era más que una envoltura.

[11] Como lo había hecho en su primer artículo sobre «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*) y en el bosquejo «III» (1941*b*), casi con certeza escrito en 1892 (cf. *supra*, pág. 8).

histeria puede inferirse con toda claridad de su capítulo sobre psicoterapia (págs. 265 y sigs.), pero en ningún lugar afirma, como lo haría luego, que en los casos de histeria hay invariablemente presente una etiología sexual.[12] Por otro lado, en varios puntos, particularmente en el largo pasaje de págs. 255-6, Breuer destaca con la mayor fuerza la importancia de la sexualidad en las neurosis; dice, verbigracia (ya lo hemos citado), que «la pulsión sexual es por cierto la fuente más poderosa de aumentos de excitación persistentes (y, como tal, de neurosis)» (pág. 211), y asevera que «en las mujeres casadas la gran mayoría de las neurosis graves proviene del lecho conyugal» (pág. 256).

Parecería que para encontrar una explicación satisfactoria sobre la disolución de esta asociación científica entre Breuer y Freud tendríamos que buscar más allá de la letra impresa. En sus cartas a Fliess, Freud nos presenta a Breuer como un hombre lleno de dudas y reservas, siempre inseguro acerca de sus conclusiones. Un ejemplo extremo de ello se encuentra en la carta del 8 de noviembre de 1895 (1950*a*, Carta 35), unos seis meses posterior a la publicación de los *Estudios*: «No hace mucho, Breuer pronunció un gran discurso sobre mí en el Doktorenkollegium {Colegio médico} anunciando su conversión a la creencia en la etiología sexual [de las neurosis]. Cuando lo llevé a un lado para agradecerle, destruyó mi placer diciéndome: "De todos modos, no creo en eso". ¿Puedes entenderlo? Yo no puedo». Algo de este género puede leerse entre líneas en la contribución de Breuer a los *Estudios*; nos formamos la imagen de un hombre a medias temeroso de sus propios notables descubrimientos. Era inevitable que lo desconcertase más aún la premonición de que habrían de sobrevenir descubrimientos todavía más inquietantes, y no lo era menos que Freud se sintiera a su vez estorbado e irritado por las incómodas vacilaciones de su compañero de trabajo.

Sería tedioso referirse a los numerosos pasajes en que Freud alude, en sus posteriores escritos, a los *Estudios sobre la histeria* y a Breuer, pero unas pocas citas ilustrarán cómo fue variando su actitud hacia ellos.

En los abundantes resúmenes de sus métodos terapéuticos y teorías psicológicas que publicó durante los años que si-

[12] En verdad, en la cuarta de sus *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910*a*), *AE*, **11**, pág. 36, afirma categóricamente que en la época de la publicación de los *Estudios* todavía no creía que esto fuera así.

guieron inmediatamente a la aparición de los *Estudios*, se esforzó por poner de relieve las diferencias entre el «psicoanálisis» y el método catártico: las innovaciones en la técnica, la extensión del procedimiento a otras neurosis además de la histeria, el establecimiento del motivo de la «defensa», la insistencia en una etiología sexual y, como vimos, la desestimación final de los «estados hipnoides». Al llegar a la primera serie de obras fundamentales de Freud —los volúmenes sobre los sueños (1900*a*), las operaciones fallidas (1901*b*), el chiste (1905*c*) y la sexualidad (1905*d*)— casi no encontramos, naturalmente, material retrospectivo; y hasta las cinco conferencias pronunciadas en la Clark University (1910*a*) no aparece ninguna amplia reseña histórica. En estas conferencias, Freud parece ansioso por dejar establecida la continuidad de su obra respecto de la de Breuer. Toda la primera conferencia y gran parte de la segunda están dedicadas a una síntesis de los *Estudios*, y la impresión que se obtiene es que no Freud, sino Breuer, había sido el verdadero fundador del psicoanálisis.

De un tono muy distinto fue la siguiente extensa reseña retrospectiva, «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*). Desde luego, el trabajo en su totalidad perseguía una intención polémica, y no es de sorprender que al bosquejar los comienzos del psicoanálisis Freud subrayara sus divergencias con Breuer, no la deuda que tenía con él, y se retractara expresamente de haberlo considerado el creador del psicoanálisis. En ese trabajo, además, se explayó sobre la incapacidad de Breuer para enfrentar la trasferencia sexual y reveló el «suceso adverso» que puso fin al análisis de Anna O. (cf. *infra*, pág. 64, *n*. 5).

Vino luego lo que impresiona casi como una rectificación (ya mencionada en la pág. 17): la inesperada adjudicación a Breuer del distingo entre la energía psíquica ligada y no ligada y entre los procesos primario y secundario. No hubo indicio alguno de una adjudicación así cuando estas hipótesis fueron introducidas por Freud, en *La interpretación de los sueños* (1900*a*); se la encuentra por primera vez en una nota de «Lo inconciente» (1915*e*), *AE*, **14**, pág. 183, *n*. 2, y reaparece en *Más allá del principio de placer* (1920*g*), *AE*, **18**, págs. 26 y 30. No mucho después de la última de las obras nombradas, Freud dedicó a Breuer unas frases valorativas en el artículo con que colaboró para la enciclopedia de Marcuse (1923*a*), *AE*, **18**, pág. 232: «En una sección teórica de los *Estudios*, Breuer comunicó algunas ideas especulativas acerca de los procesos de excitación que ocurren en el interior de lo anímico. Quedaron como unas orienta-

ciones para el futuro, y todavía hoy no se han apreciado cabalmente». En una vena parecida escribió poco más tarde, en su «Breve informe sobre el psicoanálisis» para una publicación norteamericana (1924*f*), *AE*, **19**, pág. 206: «El método catártico es el precursor inmediato del psicoanálisis, y pese a todas las ampliaciones de la experiencia y las modificaciones de la teoría sigue contenido en él como su núcleo».

En su próxima recapitulación histórica amplia, la *Presentación autobiográfica* (1925*d*), Freud pareció apartarse una vez más del trabajo conjunto: «Si lo expuesto hasta aquí ha despertado en el lector la expectativa de que los *Estudios sobre la histeria* serían propiedad intelectual de Breuer en todo lo esencial de su contenido material, eso es justamente lo que yo siempre he sostenido y quiero enunciar otra vez aquí. En la teoría ensayada por el libro yo colaboré en una medida que hoy ya no es determinable. Esa teoría es modesta y no va mucho más allá de la expresión inmediata de las observaciones»; agregando más adelante que «a partir de los *Estudios sobre la histeria* no se habría podido colegir con facilidad el valor de la sexualidad para la etiología de las neurosis» (*AE*, **20**, págs. 21-2), y refiriendo nuevamente la renuencia de Breuer a reconocer ese factor.

Breuer murió al poco tiempo de publicado ese trabajo, y tal vez sea apropiado poner fin a esta introducción a la obra común con una cita tomada de la nota necrológica que en dicha oportunidad le dedicó Freud (1925*g*). Tras señalar las reservas de Breuer en dar a conocer los *Estudios* y destacar que su propio mérito consistió esencialmente en moverlo a que los publicara, prosigue Freud: «En la época en que cedió a mi influencia y preparaba la edición de los *Estudios*, parecía haber refirmado su juicio acerca de su significación. Expresó entonces: "Yo creo que esto es lo más importante que nosotros dos tendremos para comunicar al mundo". Además del historial clínico de su primer caso, Breuer contribuyó en los *Estudios* con un ensayo teórico que está muy lejos de haber perimido; más bien oculta ideas y sugerencias que todavía no han sido valoradas suficientemente. Quien ahonde en ese ensayo especulativo se formará una certera impresión de la talla espiritual de este hombre, cuyo interés investigador, por desdicha, se consagró a la psicopatología sólo durante un breve episodio de su larga vida».

James Strachey

Prólogo a la primera edición

En 1893, en una «Comunicación preliminar»,[1] publicamos nuestras experiencias sobre un nuevo método de exploración y tratamiento de fenómenos histéricos, agregando allí, con la máxima concisión, las opiniones teóricas a que habíamos arribado. Esa «Comunicación preliminar» se reimprime en este volumen, como la tesis que es preciso ilustrar y demostrar.

Hoy la hacemos seguir por una serie de observaciones clínicas, en cuya selección, por desdicha, no pudimos guiarnos solamente por miramientos científicos. Nuestras experiencias provinieron de la práctica particular en una clase de la sociedad que es culta y lectora, y su contenido muchas veces toca la vida y las peripecias más íntimas de nuestros enfermos. Sería un grave abuso de confianza publicar esas comunicaciones, a riesgo de que los enfermos fueran reconocidos y por su círculo de relaciones se difundieran unos hechos que sólo al médico confiaron. Por eso hemos debido renunciar a las observaciones más instructivas y probatorias. Esto vale principalmente, desde luego, para aquellos casos en que las relaciones sexuales y conyugales poseen significación etiológica. A ello obedece que sólo de manera harto incompleta hayamos podido probar nuestra tesis: la sexualidad desempeña un papel principal en la patogénesis de la histeria como fuente de traumas psíquicos y como motivo de la «defensa», de la represión {desalojo} de representaciones fuera de la conciencia. Es que debimos excluir de la publicación las observaciones más marcadamente sexuales.

A los historiales clínicos sigue una serie de elucidaciones teóricas, y en un capítulo final sobre terapéutica se expone la técnica del «método catártico» tal como ella se ha ido desarrollando en manos del neurólogo.

Si en muchos puntos se sustentan opiniones diversas, y aun contradictorias entre sí, no se lo considere como una vacilación de la concepción misma. Ello se debe a las natu-

[1] «Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene: Vorläufige Mitteilung», *Neurologisches Zentralblatt*, 1893, nos. 1 y 2.

rales y legítimas diferencias de opinión de dos observadores que están de acuerdo sobre los hechos y las visiones básicas, pero cuyas interpretaciones y conjeturas no siempre coinciden.

J. Breuer, S. Freud

Abril de 1895

Prólogo a la segunda edición

El interés que en creciente medida despierta el psicoanálisis parece volcarse ahora también a los *Estudios sobre la histeria*. El editor desea volver a publicarlos. Aparecen aquí sin modificación alguna, por más que las visiones y métodos expuestos en la primera edición hayan experimentado desde entonces un desarrollo en amplitud y profundidad. Por lo que me atañe, desde aquella época no he vuelto a ocuparme activamente del asunto, no he tenido participación alguna en su significativo desarrollo y no sabría agregar nada nuevo a lo que expuse en 1895. Por eso no me cabía sino solicitar que los dos ensayos de mi mano, contenidos en el libro, se reimprimieran sin cambios.

Breuer

También por lo que se refiere a mi participación en este libro, la reedición sin cambios del texto original era lo único posible. El desarrollo y las alteraciones que mis puntos de vista experimentaron en el curso de trece años de trabajo son demasiado vastos como para que se pudiera hacerlos valer en mi exposición de entonces sin alterar por completo su carácter. Por lo demás, no tengo motivo alguno que me mueva a eliminar este testimonio de mis opiniones iniciales. Tampoco hoy las considero erradas, sino unas valiosas primeras aproximaciones a unas intelecciones que sólo tras largo y denodado empeño se pudieron obtener más completas. Un lector atento podrá hallar ya en el presente libro los gérmenes de todos los posteriores agregados a la doctrina de la catarsis: por ejemplo, el papel de los factores psicosexuales y del infantilismo, la significación de los sueños y del simbolismo de lo inconciente. Por añadidura, a quien se interese por el desarrollo de la catarsis hacia el psicoanálisis no podría aconsejarle nada mejor sino que empiece con los *Estudios sobre la histeria* y así transite por el camino que yo mismo he dejado atrás.

Freud

Viena, julio de 1908

I. Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar[1]

(Breuer y Freud)

(1893)

1

Movidos por una observación casual, desde hace una serie de años investigamos, en las más diversas formas y síntomas de la histeria, su ocasionamiento: el proceso en virtud del cual el fenómeno en cuestión se produjo la primera vez, hecho este que suele remontarse muy atrás en el tiempo. En la gran mayoría de los casos no se consigue aclarar ese punto inicial mediante el simple examen clínico, por exhaustivo que sea; ello se debe en parte a que suele tratarse de vivencias que al enfermo le resulta desagradable comentar, pero, principalmente, a que en realidad no las recuerda, y hartas veces ni vislumbra el nexo causal entre el proceso ocasionador y el fenómeno patológico. Casi siempre es preciso hipnotizar a los enfermos y, en ese estado, despertarles los recuerdos de aquel tiempo en que el síntoma afloró la primera vez; así se consigue evidenciar el mencionado nexo de la manera más nítida y convincente.

Este método de indagación nos deparó en gran número de casos unos resultados que parecen valiosos tanto en el aspecto teórico como en el práctico.

En el aspecto *teórico*, porque nos han probado que el factor accidental comanda la patología de la histeria en una medida que rebasa en mucho la notoria y admitida. En el caso de la histeria «*traumática*» es evidente que fue el accidente el que provocó el síndrome; y si en unos ataques histéricos se infiere, de las exteriorizaciones de los enfermos,

[1] [{Corresponde a la llamada que aparece en el título, *supra*, pág. 27.} Según lo explicita la nota al pie del «Prólogo a la primera edición», este primer capítulo había aparecido primitivamente, en 1893, como trabajo separado. Fue reimpreso no sólo en el presente libro, sino también en el primer volumen de la recopilación de escritos breves de Freud titulada *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre* (1906); en este último caso se añadió la siguiente nota al pie: «Impreso también como introducción a *Estudios sobre la histeria*, 1895, obra en la cual Josef Breuer y yo desarrollamos las concepciones aquí expuestas y las ilustramos mediante historiales clínicos».]

que en cada ataque ellos alucinan siempre el mismo proceso que provocó al primero, también en este caso es patente el nexo causal. Más oscuro es el estado de cosas respecto de otros fenómenos.

Ahora bien, nuestras experiencias nos han mostrado que *los síntomas más diferentes, tenidos por operaciones espontáneas, por así decir idiopáticas, de la histeria mantienen con el trauma ocasionador un nexo tan estricto como aquellos otros fenómenos más trasparentes en este sentido.* Hemos podido reconducir a unos tales traumas ocasionadores tanto neuralgias como anestesias de la más diversa índole, y que a menudo databan de años atrás; también, contracturas y parálisis, ataques histéricos y convulsiones epileptoides que según todos los observadores eran epilepsias genuinas, *petit mal* y afecciones del tipo de los tics, vómitos permanentes y anorexia hasta llegar al rehusamiento de toda comida, las más diferentes perturbaciones de la visión, alucinaciones visuales recurrentes, etc. La desproporción entre los años que dura el síntoma histérico y su ocasionamiento único es la misma que estamos habituados a ver de una manera regular en la neurosis traumática; con harta frecuencia son sucesos de la infancia los que han producido para todos los años subsiguientes un fenómeno patológico más o menos grave.

El nexo suele ser tan claro que es bien visible cómo el suceso ocasionador produjo justamente este fenómeno y no otro. Este último, entonces, está determinado {*determinieren*} de manera totalmente nítida por su ocasionamiento. Así, para tomar el ejemplo más trivial: un afecto dolorido, generado en el curso de una comida, pero sofocado, produce luego náuseas y vómitos, y estos últimos duran meses como vómitos histéricos. Una muchacha que en martirizadora angustia vela ante el lecho de un enfermo, cae en un estado crepuscular y tiene una alucinación horrorosa en el momento en que se le adormece el brazo derecho, pendiente del respaldo de la silla: desde ahí se le desarrolla una paresia de ese brazo con contractura y anestesia. Quiere rezar y no encuentra las palabras; por fin consigue pronunciar una oración infantil en inglés. Cuando más tarde se le desarrolla una histeria grave, en extremo compleja, habla, escribe y comprende sólo inglés, mientras que su lengua materna le resulta ininteligible durante un año y medio.[2] — Un niño gravemente enfermo se duerme al fin; la madre tiende toda

[2] [Sobre el caso de esta paciente versa el primer historial clínico; cf. *infra*, págs. 47 y sigs.]

su fuerza de voluntad para mantenerse silenciosa y no despertarlo; y justamente a causa de este designio produce un chasquido con la lengua (¡voluntad contraria histérica!). Ese chasquido se le repite luego en otra oportunidad en la que de igual modo quiere mantenerse completamente en silencio, y desde ahí se le desarrolla un tic: durante muchos años, a raíz de cada emoción se le produce un chasquido de lengua.[3] — Un hombre de elevada inteligencia asiste a la operación a que es sometido su hermano: en estado de narcosis le estiran la articulación anquilosada de la cadera. En el momento en que esta cede con un crujido, siente un dolor violento en su propia articulación de la cadera, dolor que le persiste casi un año; etc.

En otros casos, el nexo no es tan simple; sólo consiste en un vínculo por así decir simbólico entre el ocasionamiento y el fenómeno patológico, como el que también las personas sanas forman en el sueño: por ejemplo, si a un dolor anímico se acopla una neuralgia, o vómitos al afecto del asco moral. Hemos estudiado enfermos que solían hacer el más amplio uso de una simbolización así.[4] — Y en otros casos, un determinismo de esa índole no se ofrece al entendimiento de primera intención; entre ellos se cuentan justamente los síntomas histéricos típicos, como hemianestesia y estrechamiento del campo visual, convulsiones epileptiformes, etc. Nos vemos precisados a reservar para un comentario más detallado sobre el tema la exposición de nuestras opiniones sobre este grupo.

Tales observaciones parecen demostrarnos *la analogía patógena entre la histeria corriente y la neurosis traumática*, y justificar una *extensión del concepto de «histeria traumática»*. En el caso de la neurosis traumática, la causa eficiente de la enfermedad no es la ínfima lesión corporal; lo es, en cambio, el afecto de horror, el *trauma psíquico*. Análogamente, nuestras pesquisas averiguaron para muchos síntomas histéricos, si no para los más, unas ocasiones que es preciso designar «traumas psíquicos». En calidad de tal obrará toda vivencia que suscite los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico; y, desde luego, de la sensibilidad de la persona afectada (así como de otra condición, que mencionaremos más adelante) dependerá que la

[3] [Véase el segundo historial clínico, *infra*, págs. 71 y sigs. Estos episodios fueron mencionados con cierta extensión en «Un caso de curación por hipnosis...» (Freud, 1892-93), *AE*, **1**, págs. 157-8, donde se examina asimismo el concepto de «voluntad contraria histérica».]

[4] [Véase la descripción del caso de Cäcilie M., *infra*, págs. 189 y sigs.]

vivencia se haga valer como trauma. No es raro que en la histeria corriente hallemos, en lugar de un gran trauma, varios traumas parciales, unas ocasiones agrupadas que sólo en su sumación pudieron exteriorizar efecto traumático y forman una trama en la medida en que constituyen los capítulos de una historia de padecimiento. En otros casos, en cambio, son circunstancias al parecer indiferentes en sí mismas las que por su conjugación con el suceso de genuina eficacia, o con un momento temporal, particularmente sensible, han adquirido la dignidad de traumas, que de otro modo no les correspondería, pero que conservan desde entonces.

Sin embargo, el nexo causal del trauma psíquico ocasionador con el fenómeno histérico no es tal que el trauma, como *agent provocateur* {agente provocador}, desencadenaría al síntoma, el cual subsistiría luego, ya devenido autónomo. Antes bien, debemos aseverar que el trauma psíquico, o bien el recuerdo de él, obra al modo de un cuerpo extraño que aún mucho tiempo después de su intrusión tiene que ser considerado como de eficacia presente; y vemos la prueba de ello en un fenómeno en grado sumo asombroso que, a la vez, confiere a nuestro hallazgo un significativo interés *práctico.*

Descubrimos, en efecto, al comienzo para nuestra máxima sorpresa, que *los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto.* Un recordar no acompañado de afecto es casi siempre totalmente ineficaz; el decurso del proceso psíquico originario tiene que ser repetido con la mayor vividez posible, puesto en *status nascendi* y luego «declarado» {«*Aussprechen*»}. En tal caso, cuando los fenómenos respectivos son de estimulación, como convulsiones, neuralgias, alucinaciones, ellos afloran una vez más con intensidad total y luego desaparecen para siempre. Deficiencias funcionales, parálisis y anestesias, desaparecen de igual modo, desde luego sin que sea nítida su agudización momentánea.[5]

[5] La posibilidad de esta terapia ha sido claramente reconocida por Delboeuf y Binet, como lo muestran las siguientes citas: «*On s'expliquerait dès lors comment le magnétiseur aide à la guérison. Il remet le sujet dans l'état où le mal s'est manifesté et combat par la parole le même mal, mais renaissant*» {«Ahora se explicaría de qué manera el hipnotizador promueve la curación. El vuelve a colocar al

Aquí surge la sospecha de que pudiera tratarse de una sugestión involuntaria; el enfermo esperaba ser librado de su padecer mediante aquel procedimiento, y esa expectativa, no el declarar como tal, sería el factor eficiente. Sin embargo, no es así: la primera observación en que se analizó de esta manera un caso de histeria en extremo complicado (cuyos síntomas, de causación separada, se resolvieron también separadamente) data de 1881, vale decir, de una época «presugestiva»; fue posibilitado por autohipnosis espontáneas de la enferma y deparó al observador la máxima sorpresa.[6]

Por inversión del apotegma «*cessante causa cessat effectus*»,* tenemos derecho a concluir de estas observaciones que el proceso ocasionador produce efectos de algún modo durante años todavía, no indirectamente por mediación de una cadena de eslabones causales intermedios, sino de manera inmediata como causa desencadenante, al modo en que un dolor psíquico recordado en la conciencia despierta suscita en un momento posterior la secreción lacrimal: *el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias.*[7]

2

A primera vista parece asombroso que vivencias hace tiempo trascurridas puedan producir efectos tan intensos, que los recuerdos de ellas no sucumban al desgaste en que vemos

sujeto en el estado en que el mal se manifestó, y combate mediante la palabra ese mal, pero en su reemergencia»} (Delboeuf, 1889). — «*...peut-être verra-t-on qu'en reportant le malade par un artifice mental au moment même où le symptôme a apparu pour la première fois, on rend ce malade plus docile à une suggestion curative*» {«...quizá se compruebe que reconduciendo al enfermo, mediante un artificio mental, al momento mismo en que el síntoma apareció por primera vez, se vuelva a ese enfermo más dócil a una sugestión curativa»} (Binet, 1892, pág. 243). — En el interesante estudio de Pierre Janet sobre el automatismo psicológico (1889) hallamos descrita una curación de una muchacha histérica, obtenida por aplicación de un procedimiento análogo al nuestro.

[6] [En pág. 58 se informa sobre el primer suceso de esta índole.]

* {«cuando cesa la causa, cesa el efecto».}

[7] No nos resulta posible distinguir, en el contenido de esta comunicación preliminar, qué parte es nueva y cuál se encuentra en otros autores, como Moebius y Strümpell, que han sustentado parecidos puntos de vista respecto de la histeria. Hemos hallado la máxima aproximación a nuestros desarrollos en materia de teoría y de terapia en algunas puntualizaciones de Benedikt, publicadas en forma esporádica. [Cf. Andersson, 1962, pág. 114, *n.* 3.] Nos ocuparemos de ellas en otro lugar [cf. *infra*, pág. 221, *n.* 14].

caducar a todos nuestros recuerdos. Acaso mediante las elucidaciones que siguen estos hechos nos resulten algo inteligibles.

El empalidecimiento o pérdida de afectividad de un recuerdo depende de varios factores. Lo que sobre todo importa es *si frente al suceso afectante se reaccionó enérgicamente o no.* Por «reacción» entendemos aquí toda la serie de reflejos voluntarios e involuntarios en que, según lo sabemos por experiencia, se descargan los afectos: desde el llanto hasta la venganza. Si esta reacción se produce en la escala suficiente, desaparece buena parte del afecto; nuestra lengua testimonia este hecho de observación cotidiana mediante las expresiones «*sich austoben*» {«desfogarse»}, «*sich ausweinen*» {«desahogarse llorando»}, etc. Si la reacción es sofocada, el afecto permanece conectado con el recuerdo. Un ultraje devuelto, aunque sólo sea de palabra, es recordado de otro modo que un ultraje que fue preciso tragarse. El lenguaje reconoce también ese distingo en las consecuencias psíquicas y corporales, y de manera en extremo característica designa «*Kränkung*» {«afrenta»; en el sentido de «mortificación»} al sufrimiento tolerado en silencio. — La reacción del dañado frente al trauma sólo tiene en verdad un efecto plenamente «*catártico*» si es una reacción adecuada, como la venganza. Pero el ser humano encuentra en el lenguaje un sustituto de la acción; con su auxilio el afecto puede ser «*abreaccionado*» casi de igual modo.[8] En otros casos, el decir mismo es el reflejo adecuado, como queja y como declaración en el caso de un secreto que atormenta (¡la confesión!). Cuando no se produce esa reacción de obra, de palabra, o mediante el llanto en los casos más leves, el recuerdo del hecho conserva en principio su tinte afectivo.

La «abreacción» no es, empero, el único modo de tramitación de que dispone el mecanismo psíquico normal de la persona sana cuando ha experimentado un trauma psíquico. Su recuerdo, aunque no se lo abreaccione, entra en el gran complejo de la asociación, se inserta junto a otras vivencias que acaso lo contradicen, es rectificado por otras representaciones. Por ejemplo, tras un accidente, al recuerdo del peligro y a la repetición (debilitada) del terror se acopla el recuerdo de lo que luego sobrevino, el rescate, la conciencia de la actual seguridad. El recuerdo de una afrenta es rectificado poniendo en su sitio los hechos, ponderando

8 [En este pasaje, los términos «catarsis» y «abreacción» hacen su primera aparición en una obra impresa. Freud había empleado «abreacción» anteriormente, en una carta a Fliess del 28 de junio de 1892 en la que hacía referencia al presente trabajo (Freud, 1950*a*, Carta 9).]

la propia dignidad, etc. Así, por medio de unas operaciones asociativas, el hombre normal consigue hacer desaparecer el afecto concomitante.

A esto se suma esa universal borradura de las impresiones, ese empalidecimiento de los recuerdos que llamamos «olvido», y que desgasta sobre todo a las representaciones ya ineficaces afectivamente.

Ahora bien, de nuestras observaciones se sigue que los recuerdos que han devenido ocasionamientos de fenómenos histéricos se han conservado durante largo tiempo con asombrosa frescura y con su plena afectividad. Aquí debemos mencionar otro hecho llamativo, que hemos de valorizar luego: los enfermos no disponen de estos recuerdos como disponen del resto de su vida. Al contrario, *estas vivencias están completamente ausentes de la memoria de los enfermos en su estado psíquico habitual, o están ahí presentes sólo de una manera en extremo sumaria.* Unicamente si se indaga a los enfermos en estado de hipnosis, esos recuerdos acuden con la vividez intacta de unos acontecimientos frescos.

Así, una de nuestras enfermas reprodujo durante medio año en estado de hipnosis, con vividez alucinatoria, todo cuanto la había excitado esos mismos días del año anterior (en el curso de una histeria aguda); un diario íntimo de su madre, diario cuya existencia la enferma desconocía, demostró que la reproducción era fiel. [Cf. pág. 57.] Otra paciente revivió, en parte en la hipnosis, en parte en ataques espontáneos, y con nitidez alucinatoria, todos los sucesos de una psicosis histérica que había pasado diez años antes y sobre la cual, hasta ese reafloramiento, había padecido amnesia casi completa. También algunos recuerdos, de importancia etiológica, de entre quince y veinticinco años de antigüedad, se demostraron en ella asombrosamente intactos y provistos de intensidad sensorial, poseyendo a su retorno la plena fuerza afectiva de unas vivencias nuevas. [Cf. págs. 190-3.]

Sólo podemos buscar el fundamento de ello en que tales recuerdos han de estar eximidos de las absorciones desgastadoras antes elucidadas. En efecto, se demuestra que *esos recuerdos corresponden a traumas que no han sido suficientemente «abreaccionados»*, y a poco que ahondemos en las razones que impidieron esto último descubriremos al menos dos series de condiciones bajo las cuales es interceptada la reacción frente al trauma.

En el primer grupo incluimos los casos en que los enfermos no han reaccionado frente a traumas psíquicos porque la naturaleza misma del trauma excluía una reacción (como por ejemplo la pérdida, que se presentó irreparable, de una

persona amada), o porque circunstancias sociales la imposibilitaron, o porque se trataba de cosas que el enfermo quería olvidar y por eso adrede las reprimió {desalojó}[9] de su pensar conciente, las inhibió y sofocó. A esas cosas penosas, justamente, se las halla luego en la hipnosis como base de fenómenos histéricos (delirios histéricos de monjes y religiosas, de mujeres abstinentes, de niños bien educados).

La segunda serie de condiciones no están comandadas por el contenido de los recuerdos, sino por los estados psíquicos en que sobrevinieron las vivencias en cuestión: en la hipnosis, uno halla como ocasionamiento de síntomas histéricos también representaciones que, sin ser significativas en sí mismas, deben su conservación a la circunstancia de haberse generado en afectos graves y paralizantes, como el terror, o directamente en estados psíquicos anormales, como el estado crepuscular semihipnótico del soñar despierto, los estados de autohipnosis y fenómenos similares. Aquí fue la naturaleza de esos estados lo que imposibilitó reaccionar frente a lo que sucedía.

Ambas clases de condiciones pueden desde luego conjugarse, y de hecho lo hacen a menudo. Es ese el caso cuando

[9] [Es esta la primera vez que aparece el verbo «reprimir» («*verdrängen*») con el sentido que luego tendría en psicoanálisis. El concepto, aunque no el término, ya había sido utilizado por Breuer y Freud en su bosquejo póstumo (1940*d*) escrito en noviembre de 1892, apenas un mes antes que el presente trabajo. En obras de Freud, la palabra aparece por primera vez en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *AE*, **3**, pág. 51, y luego varias veces en sus contribuciones de fecha más tardía para el presente volumen (v. gr., *infra*, pág. 133). En este período, «represión» era empleada como equivalente de «defensa» («*Abwehr*»), como lo muestra, por ejemplo, el prólogo conjunto a la primera edición (*supra*, pág. 23). No obstante, en la «Comunicación preliminar» no figura la palabra «defensa». Ella apareció por primera vez en el ya citado trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1894*a*), *AE*, **3**, pág. 49, y, lo mismo que «represión», es generosamente utilizada en fragmentos posteriores de los *Estudios* (v. gr., *infra*, pág. 162). Breuer recurre a ambos términos en su capítulo teórico (v. gr., *infra*, págs. 225 y 255). — En algunas de sus apariciones previas a esta, el verbo «reprimir» iba acompañado, como aquí, por un adverbio con el sentido de «adrede», «intencionalmente» («*absichtlich*», «*willkürlich*»). Freud explicita esto en uno de sus escritos (1894*a*), al aseverar que el acto de la represión «es introducido por un empeño voluntario, cuyo motivo es posible señalar». Así pues, la palabra «intencionalmente» no hace sino indicar la existencia de un motivo, y no implica que haya una intención *conciente*. En verdad, al comienzo de sus «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*a*), *AE*, **3**, pág. 163, califica expresamente de «inconciente» al mecanismo psíquico de la defensa. — En mi «Introducción» al presente volumen (*supra*, pág. 16) se hallarán algunos comentarios con respecto al origen del concepto de represión.]

un trauma en sí eficiente sobreviene en un estado de afecto grave y paralizante, o de conciencia alterada. Pero parece también que en virtud del trauma psíquico en muchas personas se suscita uno de esos estados anormales, el cual a su vez imposibilita la reacción.

Ahora bien, ambos grupos de condiciones tienen en común que los traumas psíquicos no tramitados por vía de reacción no lo son tampoco mediante procesamiento asociativo. En el primer grupo es el designio del enfermo el que quiere olvidar las vivencias penosas y excluirlas en lo posible de la asociación; en el segundo, ese procesamiento asociativo no se produce por falta de un vasto enlace asociativo entre el estado de conciencia normal y el patológico en que se generaron aquellas representaciones. Enseguida tendremos ocasión de considerar con más detalle estas constelaciones.

Cabe decir, pues, que *las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y con tanto vigor afectivo porque les es denegado el desgaste normal por abreacción y por reproducción en estados de asociación desinhibida.*

3

Ya cuando comunicamos las condiciones que según nuestras experiencias son decisivas para que desde traumas psíquicos se desarrollen fenómenos histéricos, nos vimos precisados a hablar de unos estados anormales de conciencia en que se generan esas representaciones patógenas, y a destacar el hecho de que el recuerdo del trauma psíquico eficiente no se halla en la memoria normal del enfermo, sino en la memoria del hipnotizado. Pues bien; mientras más nos ocupábamos de estos fenómenos, más seguro se volvía nuestro convencimiento de que *aquella escisión de la conciencia*, tan llamativa como *double conscience* en los casos clásicos consabidos, *existe de manera rudimentaria en toda histeria; entonces, la inclinación a disociar y, con ello, al surgimiento de estados anormales de conciencia, que resumiremos bajo el nombre de «hipnoides», sería el fenómeno básico de esta neurosis.* En esta opinión coincidimos con Binet y con los dos Janet,[10] acerca de cuyo descubrimiento, en extremo notable, hecho en pacientes anestésicos, carecemos por otra parte de experiencia propia.

Por eso, a la tesis a menudo enunciada: «La hipnosis es

[10] [Pierre y Jules.]

una histeria artificial», nos gustaría adjuntar esta otra: «Base y condición de la histeria es la existencia de estados hipnoides». Estos últimos, a pesar de su diversidad, coinciden entre sí y con la hipnosis en un punto: las representaciones que en ellos afloran son muy intensas, pero tienen bloqueado el comercio asociativo con el restante contenido de la conciencia. Esos estados hipnoides son asociables entre sí, y su contenido de representación puede alcanzar por este camino grados más o menos elevados de organización psíquica. Por lo demás, la naturaleza de esos estados y el grado de su segregación de los restantes procesos de conciencia pueden variar de un modo semejante al que vemos en la hipnosis, que se extiende desde la somnolencia ligera al sonambulismo, del recuerdo pleno a la amnesia absoluta.

Si tales estados hipnoides existen antes que se contraiga la enfermedad manifiesta, ofrecen el terreno sobre el cual el afecto instalará al recuerdo patógeno junto con los fenómenos somáticos que son su consecuencia. Este comportamiento corresponde a la histeria de predisposición. Pero de nuestras observaciones se sigue que un trauma grave (como el de la neurosis traumática), una sofocación trabajosa (p. ej., del afecto sexual), pueden producir una escisión de grupos de representaciones aun en quienes ese fenómeno no preexistía, y este sería el mecanismo de la histeria adquirida psíquicamente. Entre los extremos de ambas formas es preciso admitir una serie, dentro de la cual la proclividad a la disociación en el individuo considerado, por una parte, y la magnitud afectiva del trauma, por la otra, varían en sentidos contrapuestos.

No sabemos decir nada nuevo acerca del fundamento de los estados hipnoides predisponentes. Nos inclinamos a creer que se desarrollan a menudo desde los «sueños diurnos», tan frecuentes también en personas sanas, y a los que tanta ocasión ofrecen, por ejemplo, las labores manuales de la mujer. El problema de averiguar por qué las «asociaciones patológicas» que se forman en esos estados son tan sólidas e influyen sobre los procesos somáticos con esa intensidad, mucho mayor de la que solemos hallar en las representaciones, coincide con el problema de la eficacia de las sugestiones hipnóticas en general. Nuestras experiencias no aportan nada nuevo sobre esto; en cambio, echan luz sobre la contradicción entre la tesis «La histeria es una psicosis» y el hecho de que entre los histéricos uno encuentra a los seres humanos de más claro intelecto, voluntad más vigorosa, mayor carácter y espíritu crítico. En tales casos, esta última caracterización es correcta para el pensar despierto de estas per-

sonas; pero en sus estados hipnóticos son alienados, como todos nosotros lo somos en el sueño. Nuestras psicosis oníricas no influyen sobre nuestro estado de vigilia, mientras que los productos de los estados hipnóticos penetran en la vida de vigilia como fenómenos histéricos.[11]

4

Respecto de los ataques histéricos podemos repetir casi las mismas aseveraciones que hemos formulado para los síntomas histéricos permanentes. Como es sabido, poseemos una descripción esquemática, dada por Charcot, del «gran» ataque histérico, que en la secuencia de un ataque completo permite discernir cuatro fases: 1) la epileptoide; 2) la de los grandes movimientos; 3) la de las *attitudes passionnelles* (la fase alucinatoria), y 4) la del delirio terminal. De la abreviación y alargamiento, de la falta y el aislamiento de cada una de esas fases hace surgir Charcot todas aquellas formas del ataque histérico que de hecho se observan con mayor frecuencia que el *grande attaque* completo.[12]

Nuestro intento de explicación se refiere a la tercera fase, la de las *attitudes passionnelles.* Toda vez que ella aparece de manera marcada, contiene meramente la reproducción alucinatoria de un recuerdo sustantivo para el estallido de la histeria: el recuerdo del gran trauma único de la histeria llamada κατ' ἐξοχήν {por excelencia} traumática, o de una serie de traumas parciales afines, como los que están en la base de la histeria corriente. O, por último, el ataque espeja aquellos sucesos que se elevaron a la condición de traumas en virtud de haber sobrevenido en un momento de particular predisposición.

Ahora bien, existen también ataques que en apariencia consisten sólo en fenómenos motores, y a los que les falta una *phase passionnelle.* Si en uno de esos ataques de convulsiones generales, rigidez cataléptica, o en un *attaque de sommeil*, se consigue establecer un *rapport* con el enfermo, o, todavía mejor, si se logra suscitar el ataque en estado de hipnosis, se descubre que también le subyace el recuerdo del trauma psíquico o de una serie de traumas, el mismo que de ordinario cobra relieve en una fase alucinatoria.

Una niña sufre hace años de ataques de convulsiones gene-

[11] [Un borrador previo de esta sección del trabajo ha sobrevivido en el bosquejo póstumo titulado «III» (Freud, 1941*b* [1892]).]
[12] [Cf. Charcot, 1887, pág. 261.]

rales que podían creerse epilépticos, y de hecho se los tuvo por tales. A fin de establecer el diagnóstico diferencial se la hipnotiza y enseguida sufre su ataque. Ahora bien, preguntada: «¿Qué ves ahora?», responde: «¡El perro, viene el perro!»; y efectivamente se averiguó que el primer ataque de esta índole le sobrevino cierta vez tras ser perseguida por un perro salvaje. Después, el éxito de la terapia perfeccionó la decisión diagnóstica.

Un empleado, que se ha vuelto histérico a consecuencia de maltratos que le infligió su jefe, padece de ataques de descontrol en los que rabia y se enfurece sin pronunciar palabra ni dejar traslucir alucinaciones. Se logra provocar el ataque en estado de hipnosis, y el enfermo manifiesta que revive esta escena: su jefe lo insulta por la calle y lo golpea con un bastón. Pocos días después regresa con la queja de que ha vuelto a tener el mismo ataque, y esta vez se averigua en la hipnosis que ha revivido la escena a la que en verdad se anudó el estallido de la enfermedad; es la escena ocurrida en el tribunal cuando no consiguió satisfacción por el maltrato, etc.

Por otra parte, los recuerdos que afloran en los ataques histéricos, o que pueden ser evocados en medio de ellos, se corresponden en sus restantes aspectos con las ocasiones que dilucidamos como los fundamentos de síntomas histéricos permanentes. Igual que estos, atañen a traumas psíquicos que no se tramitaron por vía de abreacción ni por un trabajo asociativo del pensar; e igual que ellos, se sustraen enteramente, o en sus partes esenciales, a la capacidad mnémica de la conciencia normal y muestran pertenecer al contenido de representación de estados de conciencia hipnoides con asociación restringida. Por último, admiten también la prueba terapéutica. Según nos lo enseñaron a menudo nuestras observaciones, un recuerdo de esta clase que había provocado ataques queda inhabilitado de hacerlo si en la hipnosis se lo lleva hasta la reacción y rectificación asociativa.

Los fenómenos motores del ataque histérico se pueden interpretar en parte como unas formas de reacción generales para el afecto acompañante del recuerdo (como la agitación de todos los miembros, de la cual ya el lactante se sirve), en parte como unos movimientos expresivos directos de ese recuerdo; pero en otra parte se sustraen de esta explicación, iguales en esto a los estigmas histéricos[13] en el caso de los síntomas permanentes.

13 [Nombre que dio Charcot (1887, pág. 255) a «los síntomas permanentes de la histeria». Breuer hace algunas consideraciones sobre ellos *infra*, págs. 254-5.]

Una particular apreciación del ataque histérico se obtiene, además, si uno toma en cuenta la teoría antes indicada, a saber, que en la histeria están presentes grupos de representaciones generadas en estados hipnoides, excluidas del comercio asociativo con los restantes grupos pero asociables entre sí, y que de ese modo constituyen, con una organización más o menos alta, el rudimento de una conciencia segunda, de una «*condition seconde*». Según eso, un síntoma histérico permanente corresponde a una penetración de ese estado segundo en la inervación corporal gobernada de ordinario por la conciencia normal; en cambio, un ataque histérico atestigua una organización más alta de ese estado segundo, e indica, cuando nace, un momento en que esa conciencia hipnoide se ha apoderado de la existencia total, vale decir, una histeria aguda; pero, cuando es un ataque recurrente en el que está contenido un recuerdo, indica un retorno de este último. Charcot ya ha formulado la idea de que el ataque histérico acaso sea el rudimento de una «*condition seconde*». En el curso del ataque, el gobierno sobre el conjunto de la inervación corporal ha traspasado hacia la conciencia hipnoide. En tales casos, como lo muestran consabidas experiencias, la conciencia normal no siempre está por completo reprimida {suplantada}; ella puede percibir los fenómenos motores del ataque, en tanto los procesos psíquicos de este se sustraen de su noticia.

La trayectoria típica de una histeria grave es, como sabemos, la siguiente: primero se forma en estados hipnoides un contenido de representación que luego, cuando ha tomado el suficiente incremento, se apodera, durante un período de «histeria aguda», de la inervación corporal y de la existencia del enfermo, crea síntomas permanentes y ataques, y luego sana, salvo algunos restos. Si la persona normal consigue cobrar de nuevo el gobierno, lo que ha sobrevivido de aquel contenido de representación hipnoide retorna en ataques histéricos y de tiempo en tiempo devuelve a la persona a esos estados, que a su vez son influibles y receptivos para eventuales traumas. Luego es frecuente que se establezca una suerte de equilibrio entre los grupos psíquicos que se encuentran reunidos en la misma persona; ataques y vida normal se suceden los unos a la otra, sin influirse entre sí. El ataque sobreviene entonces de manera espontánea, como a nosotros mismos suelen acudirnos los recuerdos. Pero también puede ser provocado, al modo en que los recuerdos despiertan siguiendo las leyes de la asociación. La provocación del ataque se produce por la estimulación de una zona

histerógena[14] o por una vivencia nueva que hace resonar a la vivencia patógena en virtud de su semejanza con ella. Esperamos poder mostrar que no hay una diferencia esencial entre esas dos condiciones tan diversas en apariencia, pues en ambas es tocado un recuerdo hiperestésico.

En otros casos, aquel equilibrio es muy lábil, y el ataque aparece como una exteriorización del resto de conciencia hipnoide todas las veces que la persona normal se agota y pierde capacidad de operación. Tampoco cabe desechar que en tales casos el ataque pueda desvestirse de su significado originario y retornar como una reacción motriz carente de contenido.

Quede como tarea para una ulterior indagación averiguar las condiciones que deciden si una individualidad histérica ha de exteriorizarse en ataques, en síntomas permanentes o en una mezcla de ambos.[15]

5

Ahora se entiende el modo en que produce efectos curativos el método de psicoterapia por nosotros expuesto. *Cancela la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, porque permite a su afecto estrangulado el decurso a través del decir, y la lleva hasta su rectificación asociativa al introducirla en la conciencia normal (en estado de hipnosis ligera) o al cancelarla por sugestión médica, como ocurre en el sonambulismo con amnesia.*

Consideramos sustantiva la ganancia terapéutica que se logra aplicando este procedimiento. Desde luego, no curamos la histeria en tanto ella es predisposición; tampoco conseguimos nada contra el retorno de estados hipnoides. Y aun, durante el estadio productivo de una histeria aguda, nuestro procedimiento no puede prevenir que los fenómenos laboriosamente eliminados sean sustituidos enseguida por otros nuevos. Pero trascurrido ese estadio agudo, y cuando quedan pendientes los restos de él como síntomas permanentes y ataques histéricos, nuestro método los elimina a menudo y para siempre, porque lo hace radicalmente; creemos que en esto lleva mucha ventaja, por su eficacia, a la cancelación sugestiva directa como hoy la ejercitan los psicoterapeutas.

14 [Expresión usual en Charcot (v. gr., 1887, págs. 85 y sigs.).]
15 [Un borrador de este examen de los ataques histéricos, escrito en noviembre de 1892, se publicó en forma póstuma (Freud, 1940*d*). Freud se ocupó del tema, mucho más tarde, en «Apreciaciones generales sobre el ataque histérico» (1909*a*).]

Si con el descubrimiento del mecanismo psíquico de fenómenos histéricos hemos avanzado un paso por la vía que Charcot inauguró tan fecundamente al explicar y obtener la *imitación experimental de parálisis histerotraumáticas*, no se nos escapa, empero, que así sólo nos hemos acercado al conocimiento del mecanismo de síntomas histéricos, y no al de las causas internas de la histeria. No hemos rozado más que la etiología de la histeria, y en verdad podemos iluminar únicamente las causas de las formas adquiridas, el valor del factor accidental para la neurosis.

Viena, diciembre de 1892

II. Historiales clínicos
(Breuer y Freud)

1. Señorita Anna O.
(Breuer)

La señorita Anna O., de 21 años cuando contrajo la enfermedad (1880), parece tener un moderado lastre neuropático a juzgar por algunas psicosis sobrevenidas en su familia extensa; los padres son sanos, pero nerviosos. Ella fue siempre sana antes, sin mostrar nerviosismo alguno en su período de desarrollo; tiene inteligencia sobresaliente, un poder de combinación asombrosamente agudo e intuición penetrante; su poderoso intelecto habría podido recibir un sólido alimento espiritual y lo requería, pero este cesó tras abandonar la escuela. Ricas dotes poéticas y fantasía, controladas por un entendimiento tajante y crítico. Este último la volvía también *por completo insugestionable*; sólo argumentos, nunca afirmaciones, influían sobre ella. Su voluntad era enérgica, tenaz y persistente; muchas veces llegaba a una testarudez que sólo resignaba su meta por bondad, por amor hacia los demás.

Entre los rasgos más esenciales del carácter se contaba una bondad compasiva; el cuidado y el amparo que brindó a algunos pobres y enfermos le prestaron a ella misma señalados servicios en su enfermedad, pues por esa vía podía satisfacer una intensa pulsión. — Mostraba siempre una ligera tendencia a la desmesura en sus talantes de alegría y de duelo; por eso era de genio un poco antojadizo. El elemento sexual estaba asombrosamente no desarrollado;[1] la enferma, cuya vida se volvió trasparente para mí como es raro que ocurra entre seres humanos, no había conocido el amor, y en las masivas alucinaciones de su enfermedad no afloró nunca ese elemento de la vida anímica.

Esta muchacha de desbordante vitalidad espiritual llevaba una vida en extremo monótona, y es probable que el modo en que ella se la embellecía resultara decisivo para su enfermedad. Cultivaba sistemáticamente el soñar diurno, al que llamaba su «teatro privado». Mientras todos la creían pre-

[1] [Freud citó esta oración, aunque no *verbatim*, en una nota al pie de *Tres ensayos de teoría sexual* (1905*d*), *AE*, **7**, pág. 149, y en la *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, pág. 22.]

sente, revivía en su espíritu unos cuentos: si la llamaban, estaba siempre alerta, de suerte que nadie sospechaba aquello. Esa actividad trascurría junto a los quehaceres hogareños, que ella cumplía de manera intachable. Informaré luego sobre cómo esa ensoñación habitual de la mujer sana pasó directamente a la enfermedad.

El ciclo de la enfermedad se descompone en varias fases bien separadas; ellas son:

A. Incubación latente. Desde mediados de julio de 1880 hasta el 10 de diciembre, más o menos. Esta fase casi siempre se sustrae de nuestro conocimiento, pero en este caso, debido a su peculiaridad, se pudo averiguarla de una manera tan completa que ya por ese hecho estimo en mucho su interés patológico. Expondré luego esta parte del historial.

B. Contracción manifiesta de la enfermedad; una psicosis peculiar, parafasia, *strabismus convergens*, perturbaciones graves de la visión, parálisis por contractura, total en la extremidad superior derecha y en ambas inferiores, parcial en la extremidad superior izquierda, paresia de la musculatura cervical. Progresiva reducción de la contractura en las extremidades del lado derecho. Alguna mejoría, interrumpida por un grave trauma psíquico (muerte del padre) en abril, a lo cual sigue:

C. Un período de sonambulismo persistente, que luego alterna con estados más normales; continuación de una serie de síntomas duraderos hasta diciembre de 1881.

D. Progresiva involución de esos estados y fenómenos hasta junio de 1882.

En julio de 1880, el padre de la paciente, a quien ella amaba con pasión, contrajo un absceso de peripleuritis que no sanó y a consecuencia del cual murió en abril de 1881. Durante los primeros meses de esa enfermedad, Anna se consagró al cuidado del enfermo con toda la energía de su ser, y a nadie sorprendió que se debilitara mucho. Nadie, quizá tampoco la propia paciente, sabía lo que le estaba sucediendo; pero poco a poco empeoró tanto su estado de debilidad, anemia, asco ante los alimentos, que para su máximo dolor la alejaron del cuidado del enfermo. La ocasión más inmediata para ello la ofreció una tos intensísima, a raíz de la cual la examiné por primera vez. Era una típica *tussis nervosa*. Pronto acusó una llamativa necesidad de reposo en las horas de la siesta, a lo cual seguía al atardecer un estado de adormecimiento y luego una intensa inquietud.

A comienzos de diciembre surgió el *strabismus convergens*. Un oculista lo explicó (erróneamente) como paresia de un abductor. El 11 de diciembre la paciente cayó en cama, y siguió en ella hasta el 1º de abril.

En rápida sucesión se desarrollaron una serie de graves perturbaciones, *en apariencia* totalmente nuevas.

Dolores en el sector posterior izquierdo de la cabeza; *strabismus convergens* (diplopia), que las emociones agravaban mucho; queja de ver inclinarse las paredes (afección del *obliquus*). Perturbaciones visuales de difícil análisis; paresia de los músculos anteriores del cuello, de suerte que la paciente terminó por mover la cabeza sólo si la apretaba hacia atrás entre los hombros alzados y giraba la espalda. Contractura y anestesia de la extremidad superior derecha y, pasado algún tiempo, de la inferior de ese mismo lado; esta última, extendida por completo, aducida y rotada hacia adentro; luego, igual afección apareció en la extremidad inferior izquierda y, por último, en el brazo izquierdo, cuyos dedos conservaron empero cierta movilidad. Tampoco las articulaciones del hombro de ambos lados quedaron por completo rígidas. El máximo de la contractura afectaba a los músculos del brazo, así como luego, cuando la anestesia pudo ser examinada con mayor precisión, la zona del codo demostró ser la más insensible. Al comienzo de la enfermedad, el examen de la anestesia no era completo a causa de la resistencia de la paciente, debida a unos sentimientos de angustia.

En ese estado empecé a tratar a la enferma, y pronto pude convencerme de estar ante una grave alteración psíquica. Existían dos estados de conciencia enteramente separados; alternaban entre sí muy a menudo y sin transición, y fueron divorciándose cada vez más en el curso de la enfermedad. En uno de ellos conocía a su contorno, estaba triste y angustiada pero relativamente normal; en el otro alucinaba, se «portaba mal», vale decir insultaba, arrojaba las almohadas a la gente toda vez que se lo permitía su contractura, arrancaba con sus dedos móviles los botones del cubrecamas y la ropa blanca, etc. Si durante esa fase se alteraba algo dentro de la habitación, entraba o salía alguien, ella se quejaba después de que le faltaba tiempo, e indicaba las lagunas en el decurso de sus representaciones concientes. Toda vez que luego se le disimulaba eso en lo posible y se procuraba tranquilizarla ante su queja de que se volvía loca, a aquella botadura de los almohadones, etc., seguían todavía quejas en cuanto al trato a que se la sometía, el desorden en que se la dejaba, etc.

Esas ausencias ya se habían observado cuando aún no

había caído en cama; entonces se atascaba en mitad de lo que iba diciendo, repetía las últimas palabras y tras breve lapso retomaba el hilo. Poco a poco esto tomó las dimensiones descritas, y en el apogeo de la enfermedad, cuando la contractura le afectó también el lado izquierdo, sólo por breves lapsos estaba casi normal durante el día. Pero las perturbaciones desbordaban también sobre los momentos de conciencia relativamente clara; rapidísima alternancia de talantes extremos, fugacísima alegría, de ordinario sentimientos de angustia grave, oposición empecinada a todas las prescripciones terapéuticas, angustiosas alucinaciones sobre unas serpientes negras, que tal le parecían sus cabellos, cintas, etc. Tras eso ella misma se exhortaba a no ser tan tonta, pues que eran sólo sus cabellos, etc. En momentos de claridad total, se quejaba de las profundas tinieblas que invadían su cabeza, de que no podía pensar, se volvía ciega y sorda, tenía dos yoes, el suyo real y uno malo que la constreñía a un comportamiento díscolo, etc.

A las siestas caía en una somnolencia que duraba más o menos hasta pasada una hora de la puesta del sol; luego despertaba, se quejaba de que algo la martirizaba, o más bien repetía siempre el infinitivo: «Martirizar, martirizar».

Después, simultánea a la formación de las contracturas sobrevino una profunda desorganización funcional del lenguaje. Primero se observó que le faltaban palabras, y poco a poco esto cobró incremento. Luego, su lenguaje perdió toda gramática, toda sintaxis, la conjugación íntegra del verbo; por último lo construía todo mal, las más de las veces con un infinitivo creado a partir de formas débiles del participio y el pretérito, sin artículo. En un desarrollo ulterior, también le faltaron casi por completo las palabras, las rebuscaba trabajosamente entre cuatro o cinco lenguas y entonces apenas si se la entendía. En sus intentos de escribir (al principio, hasta que la contractura se lo impidió por completo), lo hacía en ese mismo dialecto. Durante dos semanas enteras cayó en total mutismo, y en sus continuados y tensos ensayos de hablar no profería sonido alguno. Aquí por vez primera se volvió claro el mecanismo psíquico de la perturbación. Yo sabía que algo la había afrentado {mortificado} mucho y se había decidido a no decir nada. Cuando lo hube colegido y la compelí a hablar acerca de ello, desapareció la inhibición que hasta entonces le imposibilitara además cualquier otra proferencia.

Esto coincidió en el tiempo con el retorno de la movilidad en las extremidades del lado izquierdo, en marzo de 1881; la parafasia cedió, pero ahora sólo hablaba en *inglés*,

al parecer sin saber que lo hacía; reñía con la enfermera, quien desde luego no la entendía; sólo varios meses después logré convencerla de que hablaba en inglés. Empero, ella entendía a su contorno germanohablante. Sólo en momentos de gran angustia el lenguaje se le denegaba por completo o mezclaba entre sí los más diversos idiomas. En sus horas mejores, más libres, hablaba en francés o italiano. Entre esos períodos y aquellos en que hablaba en inglés existía una amnesia total. Entonces cedió también el estrabismo, que por último aparecía únicamente en caso de emoción violenta; volvió a mover la cabeza. El 1º de abril abandonó la cama por primera vez.

Pero el 5 de abril murió su padre, endiosado por ella, y a quien en el curso de su propia enfermedad sólo había visto por breve tiempo y raras veces. Era el más grave trauma psíquico que pudiera afectarla. A una emoción violenta siguió un profundo estupor, que duró cerca de dos días y del que salió en un estado muy alterado. Continuaron la contractura del brazo y la pierna del lado derecho, así como la anestesia, no profunda, de esos miembros. Subsistió un alto grado de estrechamiento del campo visual. De un ramillete de flores, que la alegraba mucho, veía sólo una flor por vez. Se quejaba de no reconocer a las personas. Antes reconocía los rostros sin verse precisada a un empeño deliberado; ahora, en ese laboriosísimo «*recognizing work*» {«trabajo de reconocimiento»} debía decirse: la nariz es así, de tal suerte los cabellos, por consiguiente es tal o cual persona. La gente se le convertía como en unas figuras de cera, sin relación con ella. Muy penosa le resultaba la presencia de algunos parientes cercanos, y ese «instinto negativo» fue en aumento. Si entraba en la habitación alguien a quien antes habría tenido gusto en ver, lo reconocía, por breve lapso estaba presente, y enseguida volvía a su ensimismamiento; esa persona desaparecía así para ella. Sólo a mí me conocía siempre cuando yo entraba; también permanecía siempre presente y despabilada mientras hablaba con ella, salvo en las ausencias alucinatorias que le seguían sobreviniendo de una manera por entero repentina.

Ahora sólo hablaba en inglés y no entendía lo que se le decía en alemán. Sus allegados debían hablar en inglés con ella; hasta la enfermera aprendió a entenderla en alguna medida. Pero leía en francés e italiano; si debía hacerlo en voz alta, con asombrosa presteza y fluidez daba una versión inglesa de lo escrito en la hoja.

Empezó a escribir de nuevo, pero de una manera curiosa; escribía con la mano izquierda ágil, pero en letras de im-

prenta del tipo «Antigua», con un alfabeto que se había construido a partir de su Shakespeare.

Si ya antes había tomado mínimas porciones de alimento, ahora se rehusaba por completo a comer; pero permitió que yo la alimentara, de suerte que su nutrición fue en rápido aumento. Después que se le suministraba comida, nunca omitía lavarse la boca, y lo hacía también cuando por una razón cualquiera no había comido nada —un signo de cuán ausente se encontraba—.

La somnolencia a la siesta y el sopor profundo hacia el atardecer perduraban. Pero si después se declaraba {*Aussprechen*} (más adelante consideraré este punto con profundidad), le volvían la claridad, la tranquilidad, la alegría.

Ese estado relativamente tolerable no duró mucho. Unos diez días después de la muerte de su padre se llamó a un médico en consulta; ella lo ignoró absolutamente, como a todos los extraños, mientras yo le hacía demostración de todas sus rarezas. «*That's like an examination*» {«Es como un examen»}, dijo riendo cuando le hice leer en voz alta un texto en francés que ella pasó al inglés. El médico extraño procuraba meter baza, hacérsele notable; en vano. Era la verdadera «alucinación negativa» que después se ha producido tan a menudo por vía experimental. Por fin el médico consiguió quebrar esta soplándole humo al rostro. De pronto ella vio a un extraño, se precipitó sobre la puerta para quitar la llave, y cayó al piso desmayada; siguió un breve ataque de cólera y luego uno de fuerte angustia, que pude apaciguar con gran trabajo. Desdichadamente debí partir de viaje esa misma tarde, y cuando regresé varios días después hallé muy empeorada a la enferma. Se había abstenido totalmente de comer durante ese tiempo, sentimientos de angustia la anegaban, en sus ausencias alucinatorias proliferaban figuras terroríficas, calaveras, esqueletos. Como al vivir estas cosas las teatralizaba diciéndolas en parte, sus allegados las más de las veces conocían el contenido de estas alucinaciones.

A la siesta, somnolencia; hacia el atardecer, la hipnosis profunda para la cual ella había hallado la designación técnica de «*clouds*» («nubes»). Si luego podía referir las alucinaciones del día, despertaba con mente clara, tranquila, alegre, se ponía a trabajar, dibujaba o escribía durante la noche con pleno uso de razón; hacia las cuatro se metía en cama, y por la mañana la misma escena recomenzaba, igual al día anterior. Era en extremo llamativa esa oposición entre la enferma diurna enajenada, asediada por alucinaciones, y la muchacha con plena claridad espiritual por las noches.

A pesar de esta euforia nocturna, su estado psíquico siguió

empeorando cada vez más; sobrevinieron intensos impulsos suicidas, que volvieron imposible que siguiera residiendo en un tercer piso. Por eso se la trasladó contra su voluntad a una casa de campo de las cercanías de Viena (el 7 de junio de 1881). Yo nunca la había amenazado con este alejamiento que le resultaba aborrecible, pero ella lo esperaba y temía en silencio. También con esta ocasión se volvió patente el dominio que sobre su perturbación psíquica ejercía el afecto de angustia. Así como tras la muerte de su padre le sobrevino un estado calmo, también se tranquilizó ahora, después que se produjo lo que temía. No, en verdad, sin que los primeros tres días con sus noches, siguientes a la mudanza, los pasara sin dormir ni probar bocado, con repetidos intentos de suicidio (que en el jardín no eran peligrosos), rotura de ventanas, etc., alucinaciones sin ausencia, lo cual las diferenciaba enteramente de las otras. Después se tranquilizó, tomó el alimento que le suministraba la enfermera, y también cloral al anochecer.

Antes de describir la ulterior trayectoria, debo retroceder una vez más y exponer una peculiaridad del caso, que hasta ahora sólo rocé de pasada.

Ya señalé que en todo el ciclo anterior diariamente aquejaba a la enferma una somnolencia a las siestas, que hacia el atardecer se convertía en sueño profundo (*«clouds»*). (Es muy verosímil derivar esta periodicidad simplemente de las circunstancias que rodearon su cuidado del padre, al que se había consagrado durante meses. Por la noche velaba junto al lecho del enfermo, o permanecía en su cama despierta hasta la mañana, al acecho y llena de angustia; a la siesta se recostaba para reposar algún tiempo, como casi siempre suele hacerlo una persona en su situación, y acaso este tipo de vigilia nocturna y sueño a las siestas se deslizó de contrabando en su propia enfermedad y persistió cuando hacía ya tiempo que el sueño había sido remplazado por un estado hipnótico.) Cuando el sopor duraba más o menos una hora, se ponía inquieta, removiéndose de un lado al otro y exclamando una y otra vez: «Martirizar, martirizar», siempre con los ojos cerrados. Por otra parte, se había reparado en que durante sus ausencias diurnas evidentemente forjaba siempre alguna situación o historia, de cuya trama daban noticia ciertas palabras murmuradas. Pues bien; sucedió, por casualidad al comienzo, y luego de manera deliberada, que alguno de sus allegados dejaba caer una de esas palabras claves mientras la paciente se quejaba de su «martirizar»; de pronto ella

se acordaba y empezaba a pintar una situación o a relatar una historia, al principio balbuciéndola en su dialecto parafásico, y con mayor fluidez cuando avanzaba, hasta que al final hablaba un correctísimo alemán. (En la primera época, antes que diera en hablar sólo en inglés.) Las historias, siempre tristes, eran en parte muy lindas, del tipo de *Bilderbuch ohne Bilder,* de Andersen, y probablemente construidas según este modelo; las más de las veces, su punto de partida o su argumento era la situación de una muchacha sentada ante el lecho de un enfermo y presa de angustia; no obstante, también eran procesados otros motivos, de índole por entero diversa. — Momentos después de terminado el relato, despertaba, manifiestamente tranquilizada o, como ella decía, «*gehäglich*».* Por las noches volvía a intranquilizarse, y a la mañana, tras dos horas de sueño, no había duda de que ya estaba dentro de otro círculo de representaciones. — Si en la hipnosis del anochecer no podía referirme la historia, le faltaba aquella calma y al día siguiente era preciso que refiriera dos historias para producir esa tranquilidad.

Lo esencial del fenómeno descrito —la acumulación y condensación de sus ausencias en la autohipnosis del anochecer, la eficacia de los productos fantásticos como estímulo psíquico, y el alivio y eliminación del estado estimulador mediante su declaración en la hipnosis— permaneció constante a lo largo del medio año de observación que restaba.

Tras la muerte de su padre, las historias se volvieron desde luego más trágicas aún, aunque sólo con el empeoramiento de su estado psíquico, que siguió al ya referido violento quebrantamiento de su sonambulismo, esos informes del anochecer perdieron el carácter de una creación poética más o menos libre y se trocaron en unas series de alucinaciones temerosas, terroríficas, que ya a lo largo del día se podían deducir del comportamiento de la enferma. Pero ya he descrito cuán completa era la liberación de su psique después que, sobrecogida de angustia y horror, había reproducido y declarado todas esas imágenes terroríficas.

En el campo, donde yo no podía visitar a la enferma diariamente, el asunto se desarrolló del siguiente modo: Yo acudía al anochecer, cuando la sabía dentro de su hipnosis, y le quitaba todo el acopio de fantasmas {*Phantasme*} que ella había acumulado desde mi última visita. Esto debía ser exhaustivo si se quería obtener éxito. Entonces ella quedaba

* {Por «*behaglich*», «sosegada».}

completamente tranquila, y, al día siguiente, amable, dócil, laboriosa, hasta alegre; pero el día subsiguiente, cada vez más caprichosa, terca, desagradable, lo cual tomaba incremento el tercer día. En este talante, ni siquiera en la hipnosis era siempre fácil moverla a declarar, procedimiento para el cual ella había inventado el nombre serio y acertado de «*talking cure*» («cura de conversación») y el humorístico de «*chimney-sweeping*» («limpieza de chimenea»). Ella sabía que tras la declaración perdería toda su testarudez y «energía»; y cuando (a raíz de un intervalo más largo) ya estaba de mal humor, rehusaba «conversar» y yo debía arrancarle las palabras esforzándola, y con ruegos y algunos artificios, como empezar yo mismo pronunciando una fórmula inicial estereotipada de sus historias. De todas maneras, sólo hablaba después que se había convencido de mi identidad tanteando con cuidado mis manos. Las noches en que no se había conseguido el sosiego por declaración era preciso recurrir al cloral. Antes ya lo había intentado alguna vez, pero ahora debí suministrarle cinco gramos, y al sueño le precedía una embriaguez que duraba horas; estando yo presente, esa embriaguez era alegre, pero en mi ausencia emergía un desagradable estado de emoción angustiosa. (Señalo de pasada que esa severa embriaguez no modificaba en nada la contractura.) Yo había podido evitar los narcóticos porque la declaración traía consigo al menos tranquilidad, si bien no sueño. En el campo, las noches entre los alivios hipnóticos eran tan insoportables que resultó forzoso buscar refugio en el cloral; pero poco a poco fue necesitando menos.

El sonambulismo persistente no reapareció; en cambio, prosiguió la alternancia de los dos estados de conciencia. En medio de la conversación alucinaba, salía corriendo, intentaba treparse a un árbol, etc. Si se la retenía, pasado brevísimo lapso retomaba la frase interrumpida, sin saber qué había ocurrido entretanto. Pero en la hipnosis todas esas alucinaciones aparecían luego en su informe.

Su estado mejoró en líneas generales; se podía alimentarla, dejaba que la enfermera le llevara la comida a la boca; sólo al pan lo pedía, y luego lo rechazaba tan pronto tocaba sus labios; la paresia por contractura de la pierna cedió sustancialmente; también cobró el debido aprecio y gran afecto por el médico que la visitaba, mi amigo el doctor B. De gran ayuda fue un perro de Terranova que le habían dado y al que amaba con pasión. Cierta vez que este, su preferido, atacó a un gato, fue hermoso ver cómo la endeble muchacha rescataba a la víctima empuñando la fusta en la mano izquierda y dominando con ella al enorme animal. Más tarde

amparó a algunos enfermos pobres, lo cual le fue de gran utilidad.

La prueba más nítida del efecto estimulador patógeno que sobre ella ejercían los complejos de representación producidos en las ausencias, su *«condition seconde»*, así como de su trámite mediante la declaración en estado de hipnosis, la recibí a mi regreso de un viaje de vacaciones de varias semanas. En ese intervalo no se emprendió ninguna *«talking cure»*, pues no había caso de que la enferma refiriera sus historias a alguien que no fuera yo, ni siquiera al doctor B., con quien había simpatizado cordialmente. La encontré en un triste estado moral: desidiosa, indócil, lunática, hasta maligna. En los relatos del anochecer se advirtió que su vena de fantasía poética sin duda estaba por agotarse; eran, cada vez más, unos informes sobre sus alucinaciones y a veces sobre lo que la había enojado durante los días trascurridos: de ropaje fantástico, es cierto, pero lo fantástico consistía más en fórmulas estereotipadas que en lo poético de su creación. Ahora bien, sólo se obtuvo un estado soportable cuando hice trasladar a la paciente por una semana a la ciudad, y allí cada anochecer le arrancaba de tres a cinco historias. Cuando se terminó con esto, quedó acabado todo cuanto ella había acumulado en las semanas de mi ausencia. Unicamente entonces se restableció aquel ritmo de su estado psíquico: al día siguiente de una declaración, estaba amable y alegre; el segundo día, irritable y desagradable, y el tercero, directamente «antipática». Su estado moral era una función del tiempo trascurrido desde la última declaración, porque cada producto espontáneo de su fantasía y cada episodio concebido por la parte enferma de su psique seguían obrando como estímulos psíquicos hasta que eran relatados en la hipnosis, lo cual eliminaba por completo su eficacia.

Cuando en el otoño la paciente regresó a la ciudad (a una vivienda distinta de aquella en que había enfermado), su estado tanto físico como mental era tolerable, pues muy pocas vivencias, en verdad sólo las más profundas, eran procesadas patológicamente como estímulos psíquicos. Yo esperaba una mejoría creciente si mediante la declaración regular se impedía que nuevos estímulos quedaran como lastre permanente en su psique. Primero me desilusioné. En diciembre su estado psíquico desmejoró sustancialmente; estaba de nuevo inquieta, presa de triste desazón, irascible, y tenía poquísimos «días totalmente buenos», aunque no se pudiera rastrear en ella nada «atascado». A fines de diciembre, para las Navidades, estuvo particularmente intranquila y en los atardeceres de toda esa semana no relataba nada nuevo, sino

los fantasmas que bajo el imperio de intensos afectos de angustia había forjado día por día en ese mismo período festivo de 1880 [un año antes]. Acabada la serie, un gran alivio.

Así se renovaron su separación del padre, su caída en cama, y a partir de ahí su estado se aclaró y sistematizó de una manera muy curiosa. Los dos estados de conciencia se sucedían alternados, y siempre así: desde la mañana, y a medida que avanzaba el día, las ausencias (es decir, el afloramiento de la «*condition seconde*») se volvían cada vez más frecuentes, para subsistir ellas solas hacia el atardecer; esos dos estados, decía, ya no difirieron meramente como antes, a saber, que en uno (el primero) ella era normal y en el segundo alienada, sino que en el primero vivía como los demás en el invierno de 1881-82, mientras que en el segundo vivía en el invierno de 1880-81 y había olvidado por completo todo lo sucedido después. Sólo la conciencia de que el padre había muerto parecía quedarle, no obstante, las más de las veces. El retraslado al año anterior se produjo con tanta intensidad que en su nueva vivienda alucinaba su dormitorio anterior, y cuando quería dirigirse hacia la puerta embestía la estufa, que en la nueva vivienda estaba situada, respecto de la ventana, como en la otra la puerta. El vuelco súbito de un estado al otro se producía de manera espontánea, pero también se lo podía provocar con la mayor facilidad mediante alguna impresión sensorial que recordara vívidamente al año anterior. Bastaba mostrarle una naranja (que era su principal alimento durante la primera época de su enfermedad) para remitirla, saltando todo el año 1882, a 1881. Ahora bien, ese retraslado al período pasado no se producía de una manera general e indeterminada, sino que revivía día por día el invierno anterior. En cuanto a esto, yo habría podido conjeturarlo meramente, si no fuera porque en la hipnosis del atardecer ella formulaba en palabras lo que la había excitado ese mismo día de 1881, y pude comprobar la absoluta corrección de los hechos supuestos mediante un diario íntimo que la madre llevara en 1881. Esta revivencia del año trascurrido duró hasta el definitivo cese de la enfermedad, en junio de 1882.

Era muy interesante ver los efectos de repercusión que en el primer estado, más normal, ejercían los estímulos psíquicos revividos del estado segundo. Ocurrió que una mañana la enferma me dijo sonriendo que no sabía qué tenía, pues estaba enojada conmigo; gracias al diario íntimo supe de qué se trataba, y esto se corroboró en la hipnosis del atardecer: en 1881, ese mismo anochecer, yo había causado mucho enojo a la paciente. En otra ocasión dijo que algo

fallaba en sus ojos, veía falsamente los colores; sabía que su vestido era marrón, y no obstante lo veía azul. Enseguida se demostró que en los papeles del examen visual distinguía de manera correcta y tajante todos los colores, y la perturbación recaía sólo sobre la tela de su vestido. La razón era que en 1881 se había ocupado mucho por esos días de una camisa de dormir para su padre, en la que se utilizó la misma tela, pero azul. Y aun solía patentizarse un efecto anticipado de estos recuerdos emergentes: la perturbación del estado normal sobrevenía ya, mientras que el recuerdo sólo poco a poco despertaba para la *«condition seconde»*.[2]

Si la hipnosis del anochecer ya estaba muy recargada, pues no debían apalabrarse sólo los fantasmas de producción reciente, sino también las vivencias y las *«vexations»* {«disgustos»} de 1881 (por suerte ya había eliminado los fantasmas de 1881 en aquel momento), la suma de trabajo a realizar por la paciente y el médico aumentaba todavía enormemente en virtud de una tercera serie de perturbaciones singulares que era preciso tramitar de igual manera: los *sucesos psíquicos de la incubación de la enfermedad*, de julio a diciembre de 1880, que habían producido el conjunto de los fenómenos histéricos y con cuya declaración *desaparecieron los síntomas.*

La primera vez que por una declaración casual, no provocada, en la hipnosis del anochecer desapareció un síntoma que ya llevaba largo tiempo, quedé muy sorprendido. En el verano hubo un período de intenso calor, y la paciente sufrió mucho a causa de la sed; entonces, y sin que pudiera indicar razón alguna, de pronto se le volvió imposible beber. Tomaba en su mano el ansiado vaso de agua, pero tan pronto lo tocaban sus labios, lo arrojaba de sí como si fuera una hidrofóbica. Era evidente que durante esos segundos caía en estado de ausencia. Sólo vivía a fuerza de frutas, melones, etc., que le mitigaban su sed martirizadora. Cuando esa situación llevaba ya unas seis semanas, se puso a razonar en estado de hipnosis acerca de su dama de compañía inglesa, a quien no amaba, y refirió entonces con todos los signos de la repugnancia cómo había ido a su habitación, y ahí vio a su perrito, ese asqueroso animal, beber de un vaso; ella no dijo nada pues quería ser cortés. Tras dar todavía enérgica expresión a ese enojo que se le había quedado atascado, pidió de beber, tomó sin inhibición una gran cantidad de agua y despertó de la hipnosis con el vaso en los labios. Con ello la

[2] [Un fenómeno similar se presentaba en el caso de Cäcilie M.; cf. *infra*, pág. 90.]

perturbación desaparecía para siempre. De igual modo se disiparon unos raros y obstinados caprichos tras relatar ella la vivencia que los había ocasionado. Ahora bien, se dio un gran paso cuando desapareció el primero de sus síntomas permanentes, la contractura de la pierna derecha —el cual, cierto es, ya había aminorado en mucho—. A partir de estas experiencias —que los fenómenos histéricos se disipaban en esta enferma tan pronto como en la hipnosis reproducía el suceso que había ocasionado al síntoma—, a partir de allí, pues, se desarrolló un procedimiento técnico-terapéutico que no dejaba nada que desear en materia de consecuencia lógica y de realización sistemática. Cada síntoma de este enredado cuadro clínico fue abordado por sí; el conjunto de las ocasiones a raíz de las cuales había emergido fueron relatadas en secuencia inversa, comenzando desde el día anterior a aquel en que la paciente cayó en cama y yendo hacia atrás hasta el ocasionamiento de su primera emergencia; hecho esto, el síntoma quedaba eliminado para siempre.

Así se «removieron por vía de relato» {«*Wegerzählen*»} las paresias por contractura y anestesias, las diversas perturbaciones de la visión y la audición, neuralgias, tos, temblores, etc., y por último también las perturbaciones del lenguaje. Por ejemplo, entre las perturbaciones de la visión se tramitaron una por una: el *strabismus convergens* con diplopia; desviación de ambos ojos hacia la derecha, de suerte que la mano aprehensora caía siempre a la izquierda del objeto; limitación del campo visual; ambliopia central; macropsia; visión de una calavera en vez del padre; incapacidad para leer. Sustraídos de este análisis [cf. pág. 71, *n*. 2] permanecieron sólo fenómenos aislados que se habían desarrollado mientras guardaba cama, como la propagación de la paresia por contractura al lado izquierdo, que probablemente no tuvieran en verdad ningún ocasionamiento psíquico directo [cf. págs. 67-8].

Demostró ser por completo imposible abreviar el trámite procurando evocar de manera directa en su recuerdo el primer ocasionamiento de los síntomas. Ella no lo hallaba, quedaba perpleja, y todo marchaba más lento que si uno, con calma y seguridad, desovillaba hacia atrás los hilos, asidos, del recuerdo. Pero como en la hipnosis del anochecer se iba demasiado despacio, pues la enfermedad estaba exigida y se dispersaba por la «declaración» de las otras dos series, y además los recuerdos necesitaban su tiempo para desplegarse con su vividez plena, se instituyó el siguiente procedimiento: yo acudía a ella por la mañana, la hipnotizaba (eran procedimientos hipnóticos muy simples, descubiertos por vía em-

pírica) y le inquiría, concentrados los pensamientos de ella en el síntoma en cuestión, por las oportunidades en que había surgido. Entonces la paciente designaba, en rápida secuencia y con palabras claves, esos ocasionamientos externos, que yo anotaba. En la hipnosis del anochecer, apoyada por esas secuencias anotadas, ella refería con bastante detalle los episodios. Un ejemplo acaso ilustre la manera concienzuda y exhaustiva en todo sentido como esto se hacía. Había ocurrido siempre que la paciente no oyera cuando se le dirigía la palabra. Este pasajero no-oír se diferenció así:

a. No oír que alguien entra, en estado de dispersión. Ciento ocho casos detallados de esto; indicación de las personas y circunstancias, a menudo de la fecha; la primera vez, cuando no oyó entrar a su padre.

b. No comprender cuando hablan varias personas. Veintisiete veces; la primera, también, entre el padre y un conocido.

c. No oír cuando, estando sola, se le dirige la palabra directamente. Cincuenta veces; origen: que el padre en vano le dirigía la palabra para pedirle vino.

d. Ponerse sorda por sacudimiento (en carruajes, etc.). Quince veces; origen: que su hermano más joven la había sacudido en tren de reyerta una vez que la sorprendió espiando a la puerta del dormitorio del enfermo.

e. Ponerse sorda por terror a un ruido. Treinta y siete veces; origen: un ataque de ahogo que su padre sufrió tras atragantarse.

f. Ponerse sorda en ausencia profunda. Doce veces.

g. Ponerse sorda por mucho escuchar y espiar, de suerte que no oía cuando le dirigían la palabra. Cincuenta y cuatro veces.

Desde luego que todos estos procesos son en gran parte idénticos, pues pueden ser reconducidos a una dispersión, a una ausencia o a un afecto de terror. Sin embargo, en el recuerdo de la enferma estaban separados con tanta nitidez que si alguna vez se equivocaba en la serie era necesario restablecer por vía de corrección el orden preciso; de lo contrario, el informe se detenía. Los episodios referidos, por su falta de interés y de significación, y por la precisión del relato, no dejan lugar a la sospecha de que fueran inventados. Muchos de esos sucesos eran unas vivencias puramente internas que se sustraían del control. Respecto de otros, o de las circunstancias que los acompañaron, guardaban memoria los allegados de la enferma.

También aquí se observaba de manera regular que, «apalabrado» un síntoma, emergía con renovada intensidad mientras se lo relataba. Así, en el análisis del no-oír, la enferma se volvió tan sorda que a veces debí entenderme con ella por escrito.[3] Por regla general, la ocasión primera había sido algún terror que vivenció mientras cuidaba a su padre, algún descuido de ella, etc.

No siempre el recordar se conseguía con facilidad, y muchas veces la enferma debió hacer violentos esfuerzos. Así, en cierta oportunidad la marcha del proceso se detuvo durante un tiempo porque un recuerdo no quería aflorar; se trataba de una alucinación que causaba mucho terror a la enferma: había visto a su padre, a quien cuidaba, con una calavera. Ella y sus allegados recordaron que, estando todavía en apariencia sana, había visitado a un pariente; tras abrir la puerta, cayó al punto desmayada. Pues bien, para superar aquel obstáculo volvió a ese lugar, y al entrar en aquella habitación cayó otra vez desmayada. En la hipnosis de ese atardecer se superó el obstáculo: al entrar había divisado su pálido rostro en el espejo próximo a la puerta, pero no se vio a sí misma, sino a su padre con una calavera. — A menudo hemos observado que el miedo a un recuerdo, como era el caso aquí, inhibe su afloramiento, que la enferma o el médico se ven precisados a arrancar.

La fuerza de esta lógica interna de sus estados puede mostrarla un ejemplo entre otros muchos: como se señaló, en este período la paciente por las noches estaba siempre en su «*condition seconde*», vale decir, en 1881. Cierta vez despertó de noche afirmando que de nuevo la habían sacado de su casa, y cayó en un estado de inquietud díscola que alarmó a toda la casa. La razón era simple. El anochecer de la víspera su perturbación de la vista había desaparecido en virtud de una «*talking cure*», desde luego que también para la «*condition seconde*». Entonces, al despertar por la noche se halló en un dormitorio desconocido para ella, pues la familia se había mudado de vivienda en la primavera de 1881. El modo de prevenir estas contingencias harto desagradables fue que yo (a su pedido) cada anochecer le cerrara los ojos con la sugestión de que no podía abrirlos hasta que yo mismo lo hiciera por la mañana. Sólo una vez se repitió el alboroto: la paciente echó a llorar en sueños y, despertándose, había abierto los ojos.

[3] [Freud alude más extensamente a esto *infra*, pág. 301, donde designa a este fenómeno como la «intromisión» del síntoma {«*mitsprechen*»; literalmente, «intervenir en la conversación»}.]

Como este laborioso análisis de los síntomas se refería a los meses del verano de 1880, período en el cual se preparaba la enfermedad, obtuve una perspectiva completa de la *incubación* y *patogénesis* de esta histeria, que paso a exponer brevemente.

En julio de 1880, hallándose en el campo, el padre de la paciente había contraído un absceso subpleural grave; Anna participó con su madre en los cuidados. Cierta vez hacía vigilancia nocturna con gran angustia por el enfermo, que padecía alta fiebre, y en estado de tensión porque se esperaba a un cirujano de Viena que practicaría la operación. La madre se había alejado por un rato, y Anna estaba sentada junto al lecho del enfermo, con el brazo *derecho* sobre el respaldo de la silla. Cayó en un estado de sueño despierto y vio cómo desde la pared una serpiente negra se acercaba al enfermo para morderlo. (Es muy probable que en el prado que se extendía detrás de la casa aparecieran de hecho algunas serpientes y ya antes hubieran provocado terror a la muchacha, proporcionando ahora el material de la alucinación.) Quiso espantar al animal, pero estaba como paralizada; el brazo derecho, pendiente sobre el respaldo, se le había «dormido», volviéndosele anestésico y parético, y cuando lo observó, los dedos se mudaron en pequeñas serpientes rematadas en calaveras (las uñas). Probablemente hizo intentos por ahuyentar a la serpiente con la mano derecha paralizada, y por esa vía su anestesia y parálisis entró en asociación con la alucinación de la serpiente. Cuando esta hubo desaparecido, quiso en su angustia rezar, pero se le denegó toda lengua, no pudo hablar en ninguna, hasta que por fin dio con un verso infantil en *inglés*[4] y entonces pudo seguir pensando y orar en esa lengua. El silbido de la locomotora que traía al médico esperado interrumpió la fantasmagoría.

Cuando al día siguiente quiso recoger entre la maleza un aro arrojado ahí en medio del juego, una rama torcida le convocó otra vez la alucinación de la serpiente y al mismo tiempo el brazo derecho le quedó extendido y rígido. Y a partir de entonces esto se le repitió siempre que un objeto más o menos serpentiforme le provocaba la alucinación. Ahora bien, tanto esta como la contractura sólo emergían en las breves ausencias que desde aquella noche se le hicieron cada vez más frecuentes. (La contractura se volvió estable sólo

[4] [En la «Comunicación preliminar» (*supra*, pág. 30) se sostiene que consiguió pronunciar «una oración infantil» en inglés, lo cual, por supuesto, no contradice lo afirmado aquí.]

en diciembre, cuando la paciente, totalmente quebrantada, ya no pudo abandonar el lecho.) A raíz de una ocasión que no hallo anotada y de la cual no me acuerdo, a la contractura del brazo se sumó la de la pierna derecha.

Así se creó la inclinación a las ausencias autohipnóticas. El día que siguió a la noche aquella, a la espera del cirujano, cayó en un estado de ausencia tal que cuando al fin este entró en la habitación ella no lo oyó llegar. El constante sentimiento de angustia la estorbaba al comer y poco a poco le produjo un asco intenso. Pero en todos los demás casos, los diversos síntomas histéricos le sobrevinieron en estados afectivos. No es del todo claro si en ellos la paciente entraba en una ausencia momentánea total, pero es probable, pues en la vigilia no sabía nada de la trama en su conjunto.

Sin embargo, muchos síntomas parecen no haber emergido en estado de ausencia, sino en estados de afecto durante la vigilia despierta, repitiéndose luego como los otros. Así, el conjunto de perturbaciones de la visión se recondujeron a ocasiones singulares, más o menos claramente determinantes {*determinieren*}. Por ejemplo: la paciente estaba sentada, con lágrimas en los ojos, junto al lecho de enfermo de su padre, cuando este le preguntó de pronto qué hora era; ella no veía claro, hizo un esfuerzo, acercó el reloj a sus ojos y entonces la esfera se le apareció muy grande (macropsia y *strabismus convergens*); o bien se esforzó por sofocar las lágrimas para que el padre no las viera.

Una reyerta en la que sofocó su respuesta le causó un espasmo de glotis que se repetía a raíz de todo ocasionamiento parecido.

El lenguaje se le denegaba: *a*) por angustia, desde la primera alucinación nocturna; *b*) desde una vez en que volvió a sofocar una exteriorización (inhibición activa); *c*) desde una vez que la reprendieron injustamente; *d*) a raíz de todas las ocasiones análogas (afrentas). La tos le sobrevino por primera vez cuidando ella al enfermo; le llegaron los sones de una música bailable desde una casa vecina y le creció el deseo de encontrarse ahí, deseo que despertó sus autorreproches. Desde entonces, y por el tiempo que duró su enfermedad, reaccionaba con *tussis nervosa* frente a cualquier música de ritmo marcado.

No lamento demasiado que lo incompleto de mis notas me impida aquí reconducir cada rasgo histérico a sus ocasionamientos. La paciente lo hizo en todos los casos, con la excepción antes mencionada [pág. 59, e *infra*, págs. 67-8], y, según ya lo he descrito, cada síntoma desaparecía tras el relato de la *primera* ocasión.

De esta manera llegó a su término la histeria íntegra. La propia enferma se había trazado el firme designio de terminar con todo para el aniversario de su traslado al campo [7 de junio (pág. 53)]. Por eso a comienzos de junio cultivó la «*talking cure*» con grande, emocionante energía. El último día reprodujo, con el expediente de disponer la habitación como lo estuvo la de su padre, la alucinación angustiosa antes referida y que había sido la raíz de toda su enfermedad: aquella en que sólo pudo pensar y rezar en inglés; inmediatamente después habló en alemán y quedó libre de las incontables perturbaciones a que antes estuviera expuesta.[5] Dejó entonces Viena para efectuar un viaje, pero hizo falta más tiempo todavía para que recuperara por completo su equilibrio psíquico. A partir de ese momento gozó de una salud perfecta.

Aunque he omitido numerosos detalles no carentes de interés, el historial clínico de Anna O. ha cobrado una extensión mayor de la que parece merecer la contracción de una histeria, cosa en verdad no insólita. Pero era imposible exponer el caso sin entrar en los detalles, y atribuyo a sus peculiaridades una importancia tal que disculpa la prolijidad del informe. Tampoco los huevos de equinodermo son interesantes para la embriología porque lo sea en particular el erizo de mar, sino porque su protoplasma es trasparente y lo que en él se ve permite inferir lo que acaso suceda en huevos de protoplasma opaco.[6]

El interés de este caso reside sobre todo, a mi entender,

[5] [En una oportunidad Freud me dijo, señalándome con el dedo este pasaje del libro, que había una laguna en el texto. Se refería al episodio que puso fin al tratamiento de Anna O., y me lo narró a continuación. Aludió brevemente a él en su «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*), *AE*, **14**, pág. 11 —donde, adoptando el punto de vista de Breuer, lo llamó un «suceso adverso»— y en la *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, pág. 26. Hizo un relato mucho más completo del asunto en su carta a Stefan Zweig del 2 de junio de 1932 (Freud, 1960*a*). Ernest Jones relata todo el incidente en su biografía de Freud (Jones, 1953, **1**, págs. 246 y sigs.). Bastará decir que, cuando el tratamiento había llegado en apariencia a una consumación favorable, la paciente exteriorizó de pronto una intensa trasferencia positiva no analizada hacia Breuer, de inequívoca naturaleza sexual. Según Freud, fue esto lo que movió a Breuer a postergar por tantos años la publicación del historial clínico y lo llevó, a la postre, a rehusar toda colaboración a Freud en las ulteriores investigaciones de este.]

[6] [La misma analogía fue empleada por Freud años más tarde, en «Experiencias y ejemplos extraídos de la práctica analítica» (1913*h*), *AE*, **13**, pág. 197.]

en la notable trasparencia y el carácter explicable de su patogénesis.

Como predisponentes a contraer histeria hallamos en la muchacha todavía completamente sana dos peculiaridades psíquicas:

(1) El excedente de movilidad {*Regsamkeit*} y de energía psíquicas no empleado en la monótona vida familiar y sin correspondiente en un trabajo espiritual, sobrante que se aligera en el continuado y progresivo trabajar de la fantasía, y que produce

(2) el soñar despierto habitual («teatro privado»), con lo cual se crea el terreno para la disociación de la personalidad mental. Sin embargo, ese soñar permanece todavía dentro de las fronteras de lo normal; el ensoñarse, como el meditar mientras se realiza una tarea más o menos mecánica, en sí mismos no condicionan ninguna escisión patológica de la conciencia, puesto que cualquier perturbación de ellos, un llamado por ejemplo, restablece la unidad normal de aquella y, además, no subsiste amnesia alguna. Pero en Anna O. creaba el terreno sobre el cual, de la manera descrita, se establecía el afecto de angustia y de expectativa, después que este hubiera recreado la ensoñación habitual como ausencia alucinatoria. Es notable cuán acabadamente afloraron ya, en esta primera manifestación de la enfermedad incipiente, los rasgos capitales que luego permanecerían constantes a lo largo de casi dos años: la existencia de un estado de conciencia segunda, que, habiendo emergido primero como ausencia pasajera, se organizaría más tarde como *double conscience*; la inhibición del lenguaje, condicionada por el afecto de angustia, con el aligeramiento contingente a través de un verso infantil en inglés; luego, parafasia y pérdida de la lengua materna, sustituida por un excelente inglés; por último, la parálisis casual del brazo derecho por opresión, que más tarde se desarrolla en una paresia por contractura y anestesia del lado derecho. El mecanismo de la génesis de esta última afección responde por entero a la teoría de Charcot sobre la histeria traumática: estado hipnótico en el que sobreviene un trauma leve.

Pero mientras que en los pacientes en quienes Charcot produjo experimentalmente la parálisis histérica esta última quedó enseguida estabilizada, y en los afectados de neurosis traumática, conmovidos por un terror intenso, ella se instaló enseguida, el sistema nervioso de nuestra joven ofreció resistencia exitosa por unos cuatro meses todavía. La contractura,

como las otras perturbaciones que poco a poco se le aliaron, advenían sólo en las ausencias momentáneas dentro de la «*condition seconde*» y dejaban a la paciente, mientras duraba su estado normal, en plena posesión de su cuerpo y de sus sentidos, de suerte que ni ella misma sabía nada de eso, ni tampoco vieron nada los allegados, cuya atención, por lo demás, estaba concentrada en el padre gravemente enfermo, y así desviada de ella.

Ahora bien, en la medida en que desde aquella primera autohipnosis alucinatoria se acumularon las ausencias con amnesia total y fenómenos histéricos concomitantes, se multiplicaron las oportunidades para que se formaran nuevos síntomas de esta índole y para que los ya formados se afianzaran en una repetición frecuente. A ello se sumó que, cada vez más, cualquier afecto penoso y repentino le producía los mismos efectos que una ausencia (si es que no producía siempre una ausencia momentánea); coincidencias casuales formaban asociaciones patológicas, perturbaciones sensoriales o motrices, que desde entonces reaparecían simultáneamente con el afecto, pero todavía de manera sólo momentánea y pasajera. Antes de caer en cama, la paciente ya había desarrollado toda esa gran colección de fenómenos histéricos sin que nadie lo supiese. Sólo cuando la enferma, debilitada en extremo por la inanición, el insomnio y el permanente afecto de angustia, sufrió un total quebranto, encontrándose más tiempo en la «*condition seconde*» que en estado normal, los fenómenos histéricos desbordaron también sobre este último y, de unos fenómenos que sobrevenían en forma de ataques, se mudaron en síntomas permanentes.

Cabe preguntarse ahora si las indicaciones de la enferma son confiables y si los fenómenos tuvieron realmente la génesis y el ocasionamiento señalados por ella. Por lo que atañe a los procesos más importantes y básicos, para mí está fuera de duda la confiabilidad de su informe. No aduzco aquí la desaparición de los síntomas después que ella los «aventaba relatándolos» {«*aberzählen*»}; se la podría explicar como mero resultado de la sugestión. Es que yo hallé a la enferma siempre enteramente veraz y confiable; las cosas relatadas se entramaban de la manera más íntima con lo que era más sagrado para ella; se corroboró por completo todo cuanto admitía el control de otras personas. Ni aun la muchacha más talentosa sería capaz de edificar un sistema de indicaciones caracterizado por una lógica interna tan grande como la presentada aquí en el historial de desarrollo de su enfermedad. Pero no se puede rechazar de antemano la posibilidad de que justamente por el rigor de esa lógica atribuyera a mu-

chos síntomas (con la mejor buena fe) un ocasionamiento que en verdad no existió. No obstante, tampoco creo correcta esta conjetura. El carácter nimio de tantas ocasiones, lo irracional de muchas tramas, abogan por su realidad. La enferma no entendía cómo la música bailable podía hacerla toser: algo demasiado disparatado para ser una construcción deliberada. Para mí, en cambio, era bien concebible que cualquier escrúpulo de su conciencia moral le causara su notorio espasmo de glotis y que los impulsos motores que sentía esta muchacha muy amante del baile se mudaran en una *tussis nervosa*. Considero, pues, enteramente confiables y veraces las indicaciones de la enferma.

Ahora bien, ¿hasta dónde está justificada la conjetura de que también en otros enfermos el desarrollo de la histeria sería análogo, y ocurrirían cosas semejantes aun donde no se organizara con tal relieve y nitidez una «*condition seconde*»? Quiero hacer notar que ni la enferma ni el médico habrían llegado a conocer este historial de desarrollo patológico de no haber presentado ella la peculiaridad de recordar en la hipnosis de la manera descrita, y de relatar lo recordado. En la vigilia, nada sabía de todo eso. Por tanto, en los otros casos el examen clínico de la persona despierta no puede determinar cómo sucedieron las cosas, pues, aun mediando su mejor buena voluntad, el paciente en estado de vigilia es incapaz de proporcionar información. Y ya he señalado cuán poco pudieron los allegados observar todos aquellos procesos. — Entonces, sólo con un procedimiento semejante al que las autohipnosis brindaron en el caso de Anna O. se podría discernir lo sucedido en otros pacientes. Por ahora sólo es lícita esta conjetura: acaso procesos *de esta índole* sean más frecuentes de lo que permitía suponer nuestra ignorancia del mecanismo patógeno.

Cuando la enferma cayó postrada en cama y su conciencia oscilaba de continuo entre el estado normal y el «estado segundo», y el ejército de síntomas histéricos generados separadamente y latentes hasta entonces se manifestó como un conjunto de síntomas permanentes, a este grupo de fenómenos se le reunió otro. Parecían de diverso origen: la parálisis por contractura de las extremidades del lado izquierdo y la paresia del cuello. Los aparto porque, tras desaparecer en cierto momento, nunca volvieron a aflorar, ni como ataques ni en forma indicativa, ni tampoco en la fase de cierre y de curación en que todos los demás síntomas revivieron después de un prolongado letargo. Y en consonancia con ello, no se presentaron en los análisis hipnóticos ni fueron reconducidos a ocasiones afectivas o fantaseadas. Por eso me inclinaría a

creer que no debieron su existencia al mismo proceso psíquico que los otros síntomas, sino a la propagación secundaria de aquel estado desconocido que constituye la base somática de los fenómenos histéricos.

Durante todo el trayecto de la enfermedad subsistieron uno junto al otro los dos estados de conciencia: el primario, en el cual la paciente era por entero normal psíquicamente, y el estado segundo, que bien podemos comparar con el sueño por su riqueza en fantasmas {*Phantasme*} y alucinaciones, por las grandes lagunas que presentaba su recuerdo, y por el hecho de que sus ocurrencias carecían de inhibición y de control. En ese estado segundo la paciente era alienada. El estado psíquico de la enferma dependía por entero de la intrusión de ese estado segundo en el estado normal, y esto, a mi parecer, brinda una buena visión sobre la esencia de una variedad, al menos, de psicosis histéricas. Cada hipnosis del anochecer ofrecía la prueba de que la enferma tenía total claridad y orden mentales, y era normal en su sentir y su querer, siempre que en «lo inconciente»[7] no obrara como estímulo algún producto del estado segundo; la psicosis franca cada vez que un intervalo más largo separaba entre sí las aplicaciones de ese procedimiento aligerador era prueba de lo mucho que esos productos influían sobre los procesos psíquicos del estado «normal». Es difícil no avenirse a esta formulación: la enferma estaba fragmentada en dos personalidades, una de las cuales era psíquicamente normal, y la otra, enferma mental. Opino que la nítida división de ambos estados en nuestra enferma no hace más que patentizar una relación que también en muchos otros histéricos ha de ser la causa de tantísimos enigmas. En Anna O.

[7] [Parece ser esta la primera oportunidad en que apareció en una obra impresa el término «lo inconciente» (*«das Unbewusste»*) en su sentido psicoanalítico. Desde luego, ya antes había sido utilizado con frecuencia por otros autores, particularmente por los filósofos (v. gr., Hartmann, 1869). El hecho de que Breuer lo escriba entre comillas posiblemente indica que lo atribuye a Freud, quien lo utiliza más adelante en esta misma obra (v. gr., en pág. 96, *n.* 31). Con valor de adjetivo (*«unbewusst»*), había sido empleado años atrás en el bosquejo inédito de noviembre de 1892 (Freud, 1940*d*), *AE*, **1**, pág. 189. En su trabajo en francés sobre las parálisis motrices (1893*c*), *AE*, **1**, pág. 209, Freud había utilizado la frase *«le subconscient»* {«el subconciente»}, y en la presente obra emplea el adjetivo «subconciente» (*«unterbewusst»*) (cf. pág. 89), como lo hace Breuer con mucho mayor frecuencia (v. gr., en pág. 232). Por supuesto, Freud objetaría más adelante el uso de este término; encontramos ese reparo ya en *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **5**, pág. 603, y en «Lo inconciente» (1915*e*), *AE*, **14**, pág. 167.]

era particularmente llamativa la gran influencia de los productos del «yo díscolo», como ella misma lo designó, sobre su *habitus* moral. De no habérselos removido a medida que surgían, se habría vuelto una histérica de lo más turbulenta, terca, desagradable, mala; pero tras el alejamiento de esos estímulos, una y otra vez salía a la luz, y de inmediato, su verdadero carácter, lo contrario de todo aquello.

Pero, por divorciados que estuvieran ambos estados, no sólo el estado segundo se introducía en el primero, sino que, como la paciente misma lo expresaba, en algún rincón de su cerebro tenía su asiento un observador agudo y calmo que contemplaba los locos desvaríos incluso de sus peores estados, o al menos lo hacía con frecuencia aun en estos. Tal persistencia de un pensar claro durante el reinado de la psicosis cobró una expresión harto curiosa; cuando, al término de los fenómenos histéricos, la enferma caía en una depresión pasajera, entre otros temores y autoacusaciones infantiles decía que ella no estaba enferma, sino que todo había sido simulado. Como se sabe, ya muchas veces se han observado situaciones parecidas.

Cuando ya trascurrida la enfermedad los dos estados de conciencia vuelven a fusionarse en uno solo, los pacientes, en ojeada retrospectiva, se ven como una personalidad no dividida que supo de todos los dislates y creen que, con sólo quererlo, los habrían impedido; es decir que habrían perpetrado adrede esas locuras. — Por lo demás, acaso esa persistencia de un pensar normal en el curso del estado segundo esté enormemente debilitada desde un punto de vista cuantitativo, y en buena parte ni siquiera haya existido.

En cuanto al hecho asombroso de que, desde el comienzo de la enfermedad hasta su término, todos los estímulos provenientes del estado segundo, así como sus consecuencias, se eliminaran duraderamente al ser declarados en la hipnosis, ya lo he descrito y no tengo nada que añadir sobre él, como no sea asegurar que no fue una invención mía sugerida a la paciente; al contrario, me sorprendió en grado máximo, y sólo después de haberse producido una serie de tramitaciones espontáneas desarrollé a partir de ahí una técnica terapéutica.

La curación final de la histeria merece todavía algunas palabras. Sobrevino de la manera descrita, con una intranquilización notable de la enferma y el agravamiento de su estado psíquico. Se tenía toda la impresión de que la multitud de productos del estado segundo, que habían permanecido en letargo, esforzaban ahora su ingreso a la conciencia y eran

recordados, es cierto que al comienzo sólo en la *«condition seconde»*, pero gravitaban sobre el estado normal y lo intranquilizaban. Cabe considerar la posibilidad de que en otros casos una psicosis, punto terminal de una histeria crónica, pueda tener igual origen.[8]

[8] [Una amplia sinopsis y discusión de este historial ocupa la mayor parte de la primera de las *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (Freud, 1910*a*), *AE*, **11**, págs. 8-17.]

2. Señora Emmy von N. (40 años, de Livonia)
(Freud)

El 1º de mayo de 1889[1] comencé a prestar atención médica a una dama de unos cuarenta años, cuyo padecimiento y cuya personalidad despertaron tanto mi interés que le consagré buena parte de mi tiempo e hice de su restablecimiento mi misión. Era histérica, y con la máxima prontitud caía en estado de sonambulismo; cuando reparé en esto, me resolví a aplicarle el procedimiento de Breuer de exploración en estado de hipnosis, que yo conocía por comunicaciones del mismo Breuer sobre el historial de curación de su primera paciente. Fue mi primer intento de manejar este método terapéutico [cf. págs. 122, *n.* 51, y 290]; yo estaba aún muy lejos de dominarlo, y de hecho no llevé suficientemente adelante el análisis[2] de los síntomas patológicos, ni los perseguí con el necesario plan. Para que pueda visualizarse el estado de la enferma y mi proceder médico, acaso lo mejor será que reproduzca las notas que noche tras noche redacté durante las primeras tres semanas del tratamiento. Toda vez que mi posterior experiencia me ha proporcionado una inteligencia mejor, lo consigno en notas al pie o en puntualizaciones intercaladas.

1º de mayo de 1889. Encuentro a una señora de aspecto todavía joven, con finos rasgos faciales de corte singular, yacente sobre el diván, con un almohadón de cuero bajo la nuca. Su rostro tiene expresión dolorida, tensa; sus ojos guiñan, la mirada abismada, el ceño arrugado, bien marca-

1 [La cronología de este historial clínico presenta incongruencias, y hay una clara posibilidad de que el tratamiento comenzara en 1888 y no en 1889. Aquí hemos mantenido las fechas dadas en todas las ediciones en alemán, aunque sin duda exigen ser revisadas. Discutimos la cuestión en detalle en el «Apéndice A» (*infra*, págs. 311-3).]

2 [El verbo «analizar» figura ya en la «Comunicación preliminar», *supra*, pág. 33. Freud empleó la expresión «análisis psíquico» en su primer trabajo sobre «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *AE*, **3**, pág. 48; en ese mismo artículo utilizó también «análisis psicológico» (págs. 55 y 76) y «análisis hipnótico» (pág. 60). El término «psicoanálisis» fue acuñado después, en su trabajo en francés sobre la etiología de las neurosis (1896*a*), *AE*, **3**, pág. 151.]

dos los surcos nasolabiales. Habla como trabajosamente, en voz queda, interrumpida en ocasiones por un balbuceo espástico que llega hasta el tartamudeo. En tanto, mantiene entrelazados los dedos de sus manos, que muestran una agitación incesante semejante a la atetosis. En el rostro y los músculos del cuello, frecuentes contracciones a modo de tics, de las que resaltan plásticamente algunas, sobre todo en los mastoideos superiores. Además, se interrumpe a menudo en el habla para producir un curioso chasquido que yo no puedo imitar.[3]

Lo que dice es de todo punto coherente y atestigua evidentemente una formación y una inteligencia nada comunes. Por eso es tanto más extraño que cada tantos minutos se interrumpa de pronto, desfigure el rostro hasta darle una expresión de horror y de asco, extienda hacia mí su mano con los dedos abiertos y crispados, y al tiempo que lo hace prorrumpa en estas palabras con una voz alterada por la angustia: «¡Quédese quieto! ¡No hable! ¡No me toque!». Es probable que se encuentre bajo la impresión de una cruel alucinación recurrente y con esa fórmula se defienda de la intromisión del extraño.[4] Pero esa intercalación concluye de manera igualmente repentina, y la enferma prosigue su discurso sin desovillar esa excitación presente, sin explicar su comportamiento ni disculparse; es probable, entonces, que ella misma no haya notado la interrupción.[5]

Acerca de sus circunstancias de vida averiguo lo siguiente: Su familia es oriunda de Alemania central; desde hace dos generaciones se ha establecido en las provincias rusas del Báltico, haciendo allí considerable fortuna. Eran catorce hijos, ella la décimotercera; cuatro viven todavía. Fue educada con esmero, pero de manera muy compulsiva, por una madre severa e hiperenérgica. A los veintitrés años se casó con un hombre muy talentoso y capaz, quien, como gran industrial, se había labrado una posición descollante, pero era mucho mayor que ella. Murió repentinamente, de apoplejía, tras

[3] Ese chasquido constaba de varios tiempos; colegas conocedores en asuntos de caza, que la oyeron, compararon su sonido final con el canto del urogallo en celo. — [Según Fisher (1955), ese canto termina en «un tictic acompañado de un restallido y un siseo».]

[4] Estas palabras correspondían de hecho a una *fórmula protectora* que más adelante hallaría su explicación. Después he observado tales fórmulas protectoras en una melancólica que procuraba dominar de tal suerte sus penosos pensamientos (deseos de que a su marido o a su madre les pasara algo malo, blasfemias, etc.).

[5] Se trata de un *delirium* histérico que alterna con el estado de la conciencia normal, del mismo modo como un tic auténtico se intercala en un movimiento voluntario sin perturbarlo ni mezclarse con él.

una breve vida matrimonial. Ella indica como causa de su enfermedad ese suceso, así como la educación de sus dos hijas, ahora de catorce y dieciséis años de edad, ambas muy enfermizas y que padecen de perturbaciones nerviosas. Desde la muerte de su marido, hace catorce años, ella siempre estuvo enferma con variable intensidad. Cuatro años atrás, una cura de masajes unida a baños eléctricos le aportaron un alivio pasajero, pero todos sus otros empeños por recobrar la salud fueron infructuosos. Ha viajado mucho, y tiene vastos y vivos intereses. En el presente mora en una residencia señorial sobre el Báltico, en las cercanías de una gran ciudad.[6] Desde hace unos meses la aquejan graves padecimientos; desazonada e insomne, es martirizada por dolores; en vano ha buscado una mejoría en Abbazia;[7] * desde hace seis semanas se encuentra en Viena, hasta este momento tratada por un médico destacado.

Acepta, sin objetar palabra, mi propuesta de separarse de ambas niñas, que tienen su gobernanta, e internarse en un sanatorio donde yo podré verla todos los días.

El *2 de mayo* al atardecer la visito en el sanatorio. Me llama la atención que se estremezca con tanta violencia toda vez que la puerta se abre de manera inesperada. Por eso dispongo que el médico de guardia y el personal de enfermeras golpeen fuerte la puerta y no entren hasta que ella haya exclamado «Pase». A pesar de ello hace con la boca un gesto sarcástico y se crispa cada vez que alguien entra.

Su queja principal se refiere hoy a una sensación de enfriamiento y a dolores en la pierna derecha, que arrancan de la espalda, por encima de la cresta ilíaca. Ordeno baños calientes, y que le masajeen todo el cuerpo dos veces por día.

Es notablemente apta para la hipnosis. Le acerco un dedo, le digo «¡Duérmase!» y ella se abandona con expresión estupefacta y turbada. Le sugiero que dormirá bien, que mejorarán todos sus síntomas, etc.; ella lo escucha con los ojos cerrados, pero con una atención inequívocamente tensa; al mismo tiempo, distiende poco a poco su gesto y cobra una expresión de paz. De esta primera hipnosis le queda un oscuro recuerdo de mis palabras; ya tras la segunda le sobreviene un sonambulismo total (con amnesia). Le había dicho

6 [Más adelante se hace referencia a este lugar como «D.». Hay motivos para creer que, a fin de ocultar la identidad de su paciente, Freud trasfirió su residencia a un lugar de Europa muy distinto del real.]

7 [Balneario austríaco sobre el Adriático.]

* {Antiguo nombre de la actual ciudad yugoslava de Opatija.}

que la hipnotizaría, cosa que aceptó sin resistencia. Nunca ha sido hipnotizada antes, pero puedo suponer que ha leído sobre el tema, aunque no sé qué representación previa traía acerca del estado hipnótico.[8]

Los días que siguieron continuó el tratamiento con baños, el masaje dos veces diarias y la sugestión hipnótica. Dormía bien, se recuperaba a ojos vistas, pasaba la mayor parte del día reposando en su lecho de enferma. No le estaba prohibido ver a sus hijas, leer y atender su correspondencia.

El *8 de mayo por la mañana* platica conmigo, con apariencia enteramente normal, sobre historias terroríficas de animales. Ha leído en el *Frankfurter Zeitung*, que tiene ante sí sobre la mesa, que cierto aprendiz de taller ató a un muchacho y le metió en la boca un ratón blanco; el muchacho se murió de terror. El doctor K. le ha contado que él envió a Tiflis una caja llena de ratas blancas. Al referirlo se le pintan en la cara, de la manera más plástica, todos los signos del horror. Varias veces crispa alternativamente las manos. — «¡Quédese quieto! ¡No hable! ¡No me toque! ¡Si apareciera ese bicho en la cama!». (Gesto de horror.) «Imagínese que abren el paquete {*auspacken*}. ¡Hay entre las ratas una muerta, ro-í-da!».

En la hipnosis me empeño en ahuyentar estas alucinaciones de bichos. Mientras duerme, tomo el *Frankfurter Zeitung*; efectivamente hallo la historia del maltrato infligido a un escolar, pero sin intervención alguna de ratones o ratas. Ello fue introducido ahí por el delirio durante la lectura.

Al atardecer le refiero nuestra plática sobre los ratones blancos. Ella no sabe nada de eso, se asombra mucho y ríe de buena gana.[9]

[8] Al despertar de la hipnosis siempre echaba una mirada en torno como confundida, después sus ojos se fijaban en mí, parecía recapacitar, se ponía las gafas que se había quitado antes de adormecerse, y luego quedaba alegre y dueña de sí. Aunque en el curso del tratamiento (que ese año duró siete semanas, y ocho el año siguiente) departimos sobre todo lo habido y por haber, y yo la dormía dos veces casi diariamente, nunca me dirigió pregunta ni observación alguna acerca de la hipnosis, y en su estado de vigilia parecía ignorar en lo posible el hecho de que era hipnotizada.

[9] No era rara en ella una intercalación así, repentina, de un *delirium* en el estado de vigilia, y habría de repetirse a menudo durante mi tratamiento. Solía quejarse de dar muchas veces, en la conversación, las más retorcidas respuestas, de suerte que sus allegados no la entendían. Cuando en nuestra primera entrevista le pregunté la edad, respondió con toda seriedad: «Soy una mujer del siglo pasado». Semanas después me aclaró que, por entonces, en el *delirium* había pensado en un bello y viejo armario que adquiriera en el viaje, como aficionada a los muebles antiguos. A ese armario se refería aquella

A la siesta ha tenido algo que llama «calambre en la nuca»,[10] pero «sólo fue breve, duró un par de horas».

La exhorto en la hipnosis a hablar, y lo consigue tras algún esfuerzo. Habla quedo, siempre reflexiona un momento antes de responder. Su gesto se altera de acuerdo con el contenido de lo que relata, y cobra expresión tranquila tan pronto como por vía sugestiva pongo término a la impresión del relato. Le pregunto por qué se aterroriza tanto. «Son recuerdos de mi niñez». — «¿Cuándo?». — «Primero a los cinco años: mis hermanitos solían arrojarme animales muertos. Entonces tuve el primer ataque de desmayo con convulsiones, pero mi tía dijo que eso era abominable, una no podía tener tales ataques, y ellos cesaron. Después a los siete años, cuando de improviso vi a mi hermana en el sarcófago; luego a los ocho, cuando mi hermano me asustaba envuelto en una sábana como un fantasma; y también a los nueve años, cuando vi a mi tía en el sarcófago y de pronto se le cayó la mandíbula inferior».

La serie de ocasiones traumáticas comunicadas como respuesta a mi pregunta por su carácter asustadizo evidentemente se encontraba aprontada en su memoria; no habría podido rebuscar con tanta rapidez, en el breve lapso transcurrido entre pregunta y respuesta, esas ocasiones que databan de diversos períodos de su niñez. Al concluir cada relato parcial, le sobrevenían crispaciones generales y su gesto mostraba espanto y terror; tras el último, de pronto abrió mucho la boca y jadeó. Las palabras que comunicaban el contenido terrorífico de la vivencia eran proferidas trabajosamente, con aliento entrecortado; luego sus rasgos tomaron expresión calma.

Ante una pregunta mía, me confirma que en el curso del relato ve frente a sí cada escena de una manera plástica y en sus colores naturales. A menudo piensa en todas esas vivencias, y lo ha hecho también los últimos días. Siempre que ello ocurre, ve la escena frente a sí con toda la vividez de la realidad.[11] Ahora comprendo por qué tantas veces me habla sobre escenas con animales e imágenes de cadáveres. Mi terapia consiste en borrarle esas imágenes de suerte que no vuelvan a presentarse a sus ojos. En apoyo de la sugestión se las tacho varias veces sobre los ojos.

precisión, cuando mi pregunta por su edad dio ocasión a un enunciado sobre la época.

[10] Una especie de migraña. [Cf. *infra*, pág. 91, *n*. 26.]

[11] Muchas otras histéricas nos han manifestado ese recordar en vivas imágenes visuales, destacándolo, muy en particular, respecto de los recuerdos patógenos.

9 de mayo [por la mañana].[12] Ha dormido bien sin que yo le renovara la sugestión, pero tuvo dolores de estómago por la mañana. Ya los sintió ayer en el jardín, donde pasó demasiado tiempo con sus hijas. Consiente en que le limite la visita de las niñas a dos horas y media; hace unos días se había reprochado dejarlas solas. Hoy la encuentro algo excitada, el ceño fruncido, chasquidos y tartamudeos. Mientras le administran el masaje nos cuenta que la gobernanta de las niñas le ha traído un atlas histórico-cultural, y que algunas de sus imágenes, que muestran a unos indios disfrazados de animales, le causaron grandísimo terror. «¡Imaginen que estuvieran vivos!». (Gesto de horror.)

En la hipnosis le pregunto por qué le aterrorizan tanto esas imágenes, ahora que ya no tiene miedo a los animales. Dice que le recordaron unas visiones que tuvo a la muerte de su hermano. (A los diecinueve años.) Reservo este recuerdo para después. Le sigo preguntando si siempre fue tartamuda, y desde cuándo tiene el tic (ese chasquido peculiar).[13] Dice que el tartamudeo es manifestación de la enfermedad, en tanto que el tic la aqueja hace ya cinco años, desde una vez que estaba sentada junto al lecho de su hija menor, muy enferma esta, y quería mantener total *silencio.* — Intento aminorar la significación del recuerdo, señalándole que nada le sucedió a su hija, etc. Dice que eso vuelve siempre que está angustiada o se aterra. — Le ordeno no tener miedo a las imágenes de los indios, más bien reírse de ellas a carcajadas y llamarme la atención sobre ellas. Y así ocurre después que despierta; busca el libro, me pregunta si ya lo he mirado, me lo abre en la hoja correspondiente y se ríe a mandíbula batiente de esas grotescas figuras, sin angustia alguna, con rasgos tersos. De pronto el doctor Breuer entra a visitarla en compañía del médico interno. Ella se aterra y chasquea, de suerte que ambos nos abandonan muy pronto. Explica su excitación diciendo que le resultaba desagradable la copresencia, todas las veces, del médico interno.

Además, yo le había removido en la hipnosis el dolor de estómago tachándolo, y le dije que después de comer ella esperaría el retorno de ese dolor, pero no lo tendría.

Al atardecer. Por primera vez la encuentro alegre y locuaz, despliega un humor que yo no habría supuesto en esa grave señora; entre otras cosas, con la plena sensación de

[12] [En todas las ediciones en alemán reza aquí «al atardecer», lo cual tiene que ser un error, como se ve cuatro párrafos más abajo.]

[13] En la vigilia había recibido esta respuesta cuando le pregunté por el origen del tic: «No sé; ¡oh!, hace ya mucho tiempo».

su mejoría, se refiere en tono festivo al tratamiento del médico que me precedió. Hacía ya mucho tiempo que se había formado el propósito de eludirlo pero no hallaba la manera, hasta que una observación incidental del doctor Breuer, quien cierta vez la visitó, le ofreció una escapatoria. Como yo parezco asombrado ante esa comunicación, ella se aterra, se hace los más violentos reproches por haber cometido una indiscreción, pero se deja tranquilizar por mí en apariencia. — No le sobreviene dolor de estómago, a pesar de que lo ha esperado.

En la hipnosis le inquiero por otras vivencias que le hayan provocado terror duradero. Ofrece una segunda serie, ahora de su adolescencia, con la misma prontitud que la primera, y vuelve a asegurar que ve ante sí todas esas escenas a menudo, con vividez y coloreadas. Cómo vio (a los quince años) llevar a su prima al manicomio; quiso pedir auxilio pero no pudo y perdió el habla hasta el atardecer de ese día. Dado que en sus pláticas despiertas solía hablar mucho de manicomios, la interrumpo y le pregunto por las otras oportunidades en que hubo locos. Relata que su propia madre pasó algún tiempo en el manicomio. Cierta vez tuvieron una criada cuya patrona anterior había estado en el manicomio un lapso prolongado, y solía contarle terroríficas historias de cómo ataban a los enfermos a unos asientos y ahí los zurraban, etc. En tanto lo refería, sus manos se crispaban de horror, veía todo eso ante sus ojos. Me empeño en rectificar sus representaciones sobre lo que es un manicomio y le aseguro que podrá enterarse de cosas relativas a un instituto así sin sentirse envuelta ella misma; entonces se le distiende el rostro.

Prosigue con la enumeración de sus recuerdos terroríficos: cómo (a los quince años) halló a su madre tendida en el suelo por un ataque de apoplejía, a pesar del cual vivió cuatro años más; y cómo, a los diecinueve años, regresó cierta vez a la casa y halló muerta a su madre con el rostro deformado. Desde luego, tropiezo con mayores dificultades para amenguar estos recuerdos; después de una negociación más prolongada, le aseguro que a esta imagen la volverá a ver sólo nebulosa y sin fuerza. — Además, cómo a los diecinueve años, al levantar una piedra, halló debajo un sapo, tras lo cual perdió el habla durante horas.[14]

En esta hipnosis me convenzo de que ella sabe todo lo que ocurrió en la anterior, mientras que en la vigilia nada sabe de eso.

[14] Con los sapos se anudaba, sin duda, algún particular simbolismo que por desgracia yo no averigüé.

10 de mayo por la mañana. Hoy, por primera vez, en lugar de un baño caliente un baño de salvado. La encuentro con el rostro descompuesto, contraído, las manos envueltas en un chal, quejándose de frío y dolores. Preguntada por lo que le pasa, refiere que ha estado incómoda sentada en la corta bañera y ahí le vinieron los dolores. Durante el masaje principia diciendo que todavía le remuerde su infidencia de ayer sobre el doctor Breuer; la tranquilizo con la piadosa mentira de que yo lo sabía desde el comienzo, y desaparece su emoción (chasquido, contracción del rostro). Así, y ya durante el masaje, mi influjo se hace valer todas las veces; se apacigua, más clara mentalmente, y aun sin inquisición hipnótica halla las razones de su desazón del momento. Además, la conversación que sostiene conmigo mientras le aplican los masajes no es un despropósito, como pudiera parecer; más bien incluye la reproducción, bastante completa, de los recuerdos e impresiones nuevas que han influido sobre ella desde nuestra última plática, y a menudo desemboca, de una manera enteramente inesperada, en reminiscencias patógenas que ella apalabra sin que se lo pidan. Es como si se hubiera apoderado de mi procedimiento y aprovechara la conversación, en apariencia laxa y guiada por el azar, para complementar la hipnosis.[15] Por ejemplo, hoy da en hablar sobre su familia, y a través de toda clase de rodeos llega hasta un primo; era un poco retardado y los padres de él le hicieron sacar todos los dientes de una asentada {*auf einem Sitze*}. Acompaña este relato con ademanes de horror y repitiendo una y otra vez su fórmula protectora («¡Quédese quieto! ¡No hable! ¡No me toque!»). Tras ello, su gesto se distiende, y ahora está alegre. Así, aun durante la vigilia su comportamiento es guiado por las experiencias que ha hecho en el sonambulismo, del cual, una vez despierta, cree no saber nada.

En la hipnosis le repito la pregunta sobre qué la ha desazonado, y recibo las mismas respuestas, pero en secuencia invertida: 1) Su cotorrería de ayer, 2) los dolores a causa del incómodo asiento {*Sitzen*} en el baño. — Hoy le pregunto qué significa el giro «¡Quédese quieto!, etc.». Explica que toda vez que tiene pensamientos angustiantes teme ser interrumpida en el hilo de sus ideas porque entonces todo se le confunde y se vuelve todavía más penoso. El «¡Quédese quieto!» se refiere a que las figuras de animales que le aparecen en sus malos estados se ponen en movimiento y

[15] [Es esta, quizá, la primera oportunidad en que se empleó lo que más tarde sería el método de la asociación libre.]

se lanzan sobre ella cuando alguien hace algún movimiento delante suyo; por último, la admonición «¡No me toque!» proviene de las siguientes vivencias: cómo su hermano estaba muy enfermo por ingerir dosis excesivas de morfina, y tenía unos crudelísimos ataques, en que solía echarle mano {*anpacken*} de manera repentina (a los diecinueve años); luego, cierta vez un conocido se volvió loco de repente en casa de ella, y la tomó en sus brazos; (un tercer caso semejante, del que no se acuerda con precisión) y, por último (a los veintiocho años), cómo una vez su pequeña estaba muy enferma y en su delirio la cogió {*packen*} tan fuerte que casi la ahoga. Relata estos cuatro casos, a pesar de las grandes diferencias de tiempo, en una sola oración y uno tras otro rápidamente, como si constituyeran un acontecimiento único dividido en cuatro actos. Por otra parte, todas sus comunicaciones de tales traumas agrupados empiezan con «cómo» y los diversos traumas parciales van coordinados con «y». Yo reparo en que la fórmula protectora está destinada a prevenir el retorno de aquellas vivencias, le quito ese miedo por vía de sugestión y de hecho nunca volví a oírle esa fórmula.

Por la tarde la encuentro muy alegre. Me cuenta, sonriendo, que en el jardín sintió terror ante un perrito que le ha ladrado. No obstante, tiene en el rostro una leve mueca; es una excitación interior que sólo desaparece después que me pregunta si he tomado a mal una observación de ella, que hizo mientras le administraban el primer masaje; yo le digo que no. Hoy le ha vuelto el período tras un intervalo de apenas catorce días. Le prometo su regularización por sugestión hipnótica, y en la hipnosis le ordeno un intervalo de veintiocho días.[16] Le pregunto además en la hipnosis si recuerda lo último que me ha contado; me refiero a una tarea que nos quedó pendiente de la tarde de ayer. Pero ella empieza correctamente con el «No me toque» de la hipnosis de la mañana. La reconduzco entonces al tema de ayer. Le había preguntado de dónde le venía el tartamudeo, y la respuesta fue: «No lo sé».[17] Por eso le había dado plazo para acordarse hasta la hipnosis de hoy. Y ahora respondía sin reflexionar más, pero con gran excitación y con tropiezos espásticos en el habla: «Cómo cierta vez se desbocaron los

[16] Esto se cumplió.

[17] La respuesta «No lo sé» era acaso cierta, pero de igual modo pudo significar el displacer de hablar sobre las razones. Después, en otros enfermos, he hecho la experiencia de que aun en la hipnosis les cuesta tanto más recapacitar sobre algo cuanto mayor empeño pusieron en esforzar afuera de su conciencia el suceso en cuestión.

caballos con el carruaje en que iban sentados los niños, y cómo otra vez yo viajaba con las niñas por el bosque en medio de una tormenta y el rayo cayó en un árbol justo frente a los caballos y los caballos se asustaron y yo pensé entre mí: "Ahora tienes que permanecer totalmente quieta, de lo contrario asustarás todavía más a los caballos con tus gritos y el cochero no podrá contenerlos". Desde entonces apareció eso». Este relato la ha excitado muchísimo; me entero además de que el tartamudeo le apareció tras la primera de esas dos ocasiones, pero desapareció al poco tiempo para quedarle permanente desde la segunda ocasión similar. Le extingo el recuerdo plástico de estas escenas, pero la exhorto a que se las represente una vez más. Parece intentarlo y luego se queda calma; además, a partir de ese momento habla en la hipnosis sin ningún tartamudeo espástico.[18]

Como la encuentro predispuesta a brindarme información, le inquiero por otros sucesos de su vida que la asustaran así y de los cuales haya conservado el recuerdo plástico. Responde con una colección de esas vivencias: [1] Cómo un año después de la muerte de su madre estaba en casa de una preceptora con quien había trabado amistad y allí fue enviada junto con otra muchacha a la habitación contigua para buscar un diccionario, y entonces vio levantarse de la cama a una persona que tenía idéntica apariencia a la de quien acababa de dejar. Se quedó tiesa, como plantada en el lugar. Luego se enteró de que era una muñeca que habían preparado. Yo declaro alucinatoria esa aparición, apelo a sus luces, y su rostro se apacigua. [2] Cómo cuidaba a su hermano enfermo y él a consecuencia de la morfina sufría crudelísimos ataques en los que la aterrorizaba y atrapaba {*anpacken*}. Reparo en que ya hoy por la mañana se habló de esta vivencia y por eso pregunto, a modo de prueba, cuándo más ocurrió ese «atrapar». Para mi grata sorpresa, ella medita esta vez largo tiempo la respuesta y por último pregunta, insegura: «¿La pequeña?». No puede acordarse de las otras dos ocasiones (véase *supra* [pág. 79]). Mi prohibición, la extinción del recuerdo, ha producido entonces efecto. Además: [3] Cómo ella cuidaba a su hermano y sobre el biombo apareció de pronto la blanca cabeza de la tía que había venido para convertirlo a la fe católica. — Noto que

[18] Como aquí se advierte, el chasquido de la enferma, parecido a un tic, y su tartamudeo espástico son dos síntomas que remiten a ocasiones parecidas y a un mecanismo análogo. Ya he considerado este mecanismo en un breve ensayo sobre el tratamiento hipnótico (1892-93), y volveré sobre el asunto páginas más adelante. [Cf. págs. 110 y sigs.]

con esto he llegado hasta la raíz de su permanente miedo a las sorpresas, y le pregunto por otras que le hayan ocurrido. — Cómo tenían en casa a un amigo a quien le gustaba deslizarse inadvertido en el dormitorio para surgir ahí de repente; cómo, muy enferma tras la muerte de su madre, fue a un sitio de restablecimiento y allí una enferma mental, por error, se llegó varias veces a su habitación y hasta su cama; y por último, cómo en su viaje desde Abbazia hasta aquí un extraño abrió de repente, en cuatro oportunidades, la puerta de su compartimiento en el tren, y ella todas las veces lo miró petrificada. Tanto se aterrorizó que llamó al guarda.

Le borro todos los recuerdos, la despierto y le aseguro que esa noche dormirá bien, no obstante que omití darle la correspondiente sugestión en la hipnosis. Atestigua el mejoramiento de su estado general su observación de que hoy no ha leído nada, y así vive como en un sueño dichoso, ella, que de ordinario se veía precisada a hacer siempre algo por inquietud interior.

11 de mayo por la mañana. Para hoy se ha convenido el encuentro con el ginecólogo, el doctor N., quien revisará a la mayor de sus hijas a causa de sus dolencias menstruales. Hallo a la señora Emmy bastante inquieta, pero ese estado se exterioriza en signos corporales mucho menos marcados que antes; empero, de tiempo en tiempo exclama: «Siento angustia, mucha angustia, creo que me moriré». — «¿Ante qué siente usted angustia? ¿Acaso ante el doctor N.?». — Dice que no lo sabe, que sólo tiene angustia. En la hipnosis, que emprendo antes que llegue mi colega, confiesa que teme haberme ofendido ayer, durante el masaje, con una manifestación que le pareció descortés. Además, tiene miedo a todo lo nuevo, y por tanto también al nuevo doctor. La puedo tranquilizar; es cierto que en presencia del doctor N. se estremece varias veces, pero en lo demás se comporta bien y no muestra chasquidos ni inhibición en el habla. Después que él se va, la hipnotizo otra vez para removerle eventuales restos de excitación que le quedaran de su visita. Ella misma está muy contenta con su comportamiento, pone grandes esperanzas en el tratamiento del doctor N., y yo procuro mostrarle con este ejemplo que no se debe temer a lo nuevo, pues también puede traer cosas buenas.[19]

Por la tarde está muy alegre y tramita diversos reparos en la plática previa a la hipnosis. En esta, le pregunto qué

[19] Como se vio después, todas estas sugestiones pedagógicas fracasaron en la señora Emmy.

suceso de su vida le ha producido el efecto más duradero y le aflora como recuerdo con la mayor frecuencia. La muerte de su marido, dice. Le pido que relate esa vivencia con todo detalle, lo cual hace con los signos del más profundo sobrecogimiento, pero sin chasquidos ni tartamudeo:

Cómo ellos estaban en un lugar de la Riviera, que ambos amaban mucho, y pasaban por un puente y a él le sobrevino de pronto un espasmo de corazón, se desplomó de repente, estuvo ahí tendido unos minutos como sin vida, pero después se levantó ileso. Cómo después, durante su puerperio por la pequeña, el marido, que desayunaba en una mesilla ante su cama y leía los periódicos, de pronto se puso de pie, la miró de una manera peculiar, dio algunos pasos y cayó muerto al piso. Ella saltó de la cama; los médicos llamados habrían intentado revivirlo, y ella escuchaba todo desde la otra habitación; pero fue en vano. Y luego continúa: Y cómo la niña, que entonces tenía unas semanas de edad, se enfermó muy grave y así permaneció durante seis meses, tiempo en el cual ella misma estuvo postrada en cama con alta fiebre. — Y luego siguen, en secuencia cronológica, sus cargos contra esa niña; los prorrumpe rápidamente y con expresión de enojo en el rostro, como cuando se habla de alguien de quien uno está harto. Que durante largo tiempo fue muy rara, que siempre berreaba y nunca dormía, que contrajo una parálisis de la pierna izquierda de cuya curación se desesperaba casi; que a los cuatro años tuvo visiones, que empezó a caminar tarde y tarde empezó a hablar, de suerte que por mucho tiempo se la tuvo por idiota; según declararon los médicos, había tenido una inflamación en el encéfalo y la médula espinal, y quién sabe cuántas cosas más. En este punto la interrumpo, le señalo que esa misma niña es hoy normal y está hermosa, y le quito la posibilidad de volver a ver todas esas tristes cosas, pues no sólo le borro el recuerdo plástico, sino que le revoco la reminiscencia entera de su memoria, como si nada de eso hubiera sucedido. Le prometo en cambio que cesará la expectativa de desgracia que de continuo la martiriza, así como los dolores en todo el cuerpo, de los que se había quejado justamente durante el relato, cuando hacía varios días que ni los mencionaba.[20]

[20] Esta vez me excedí en mi energía. Cuando, dieciocho meses después, volví a ver a la señora Emmy gozando de un estado de salud bastante bueno, se me quejó de que, cosa asombrosa, sólo con extrema imprecisión podía acordarse de ciertos momentos muy importantes de su vida [pág. 103]. Veía en ello una prueba del decaimiento de su memoria, y yo hube de guardarme de darle la explicación de

Para mi sorpresa, inmediatamente después de esta sugestión mía empieza a hablar del príncipe L., cuya evasión de un manicomio era muy comentada por entonces; saca a relucir nuevas representaciones de angustia sobre manicomios, que allí tratan a la gente con duchas heladas sobre la cabeza, las sientan en un aparato y les hacen dar vueltas hasta que se calman. Tres días antes, cuando empezó a quejarse de su miedo al manicomio, yo la había interrumpido tras su primer relato de que allí a los enfermos los ataban a unos asientos. Noto que así no consigo nada, que no puedo ahorrarme el escucharla en cada punto hasta el final. Retomado y reparado esto, le remuevo también las nuevas imágenes terroríficas, apelo a sus luces, y aduzco que puede creerme más a mí que a la tonta muchacha que le contó esas horripilantes historias sobre los métodos usados en los manicomios. Y como en estos complementos {*Nachtrag*} noto que en ocasiones tartamudea un poco, le pregunto de nuevo de dónde le viene el tartamudeo. No hay respuesta. «¿No lo sabe usted?». — «No». — «¿Y por qué no?». — «¿Por qué? ¡Porque no lo tengo permitido!» (lo dice con violencia y enojo). Creo ver en esta manifestación un éxito de mi sugestión, pero ella exterioriza el pedido de ser despertada de la hipnosis, a lo cual yo condesciendo.[21]

12 de mayo [por la mañana]. Contra lo que yo esperaba, ha dormido poco y mal. La encuentro presa de gran angustia, aunque no presenta los habituales signos corporales de ella. No quiere decir qué le pasa; sólo que ha soñado cosas feas y que una y otra vez ve las mismas cosas. «Qué horror si cobraran vida». Durante el masaje se deshace de algunas cosas mediante ciertas preguntas, luego se pone alegre, cuenta sobre sus relaciones en su casa de viuda allá en el Bál-

esta amnesia especial. — El éxito total de la terapia en este punto se debió, sin duda, a que me hice relatar bien en detalle este recuerdo (con muchos más pormenores que los que han conservado mis notas), mientras que de ordinario solía conformarme con meras menciones.

[21] Sólo al día siguiente entendí esta pequeña escena. A su naturaleza rebelde, que así en la vigilia como en el sueño artificial se soliviantaba contra toda compulsión, le había provocado rabia el hecho de que yo diera por acabado su relato y la interrumpiera mediante mi sugestión terminante. Tengo muchas otras pruebas de que ella, en su conciencia hipnótica, vigilaba mi trabajo. Probablemente quería reprocharme que hoy la perturbara en su relato como antes lo hice con los horrores de los manicomios, pero, no atreviéndose a ello, presentó ese complemento [sobre estos últimos], en apariencia sin relación alguna, no dejando traslucir la ilación de pensamiento conectora. Al día siguiente, una recriminación de ella me puso en claro sobre mi yerro

tico, sobre los hombres importantes de la ciudad vecina a quienes suele tener como huéspedes, etc.

Hipnosis. Ha soñado cosas terroríficas, las patas y respaldos de las sillas eran, todos, serpientes; un monstruo con pico de buitre arremetió a los picotazos contra ella y la devoraba por todo el cuerpo, animales salvajes se le abalanzaron, etc. Luego pasa sin transición a otros delirios sobre animales que, empero, distingue con este agregado: «Eso fue real» (no fue un sueño). Cómo ella (una vez, hace tiempo) quiso tomar lana de una madeja, y era un ratón y salió corriendo, cómo durante un paseo de repente un sapo le saltó encima, etc. Noto que mi prohibición general ha sido infructuosa, y que debo quitarle esas impresiones angustiantes una por una.[22] Por algún camino doy en preguntarle por qué ha tenido dolores de estómago, y de dónde provienen. Yo creo que en ella los dolores de estómago acompañan a cada ataque de zoopsia. Su respuesta, bastante renuente, fue que no lo sabe. Le doy plazo hasta mañana para recordarlo. Y hete aquí que me dice, con expresión de descontento, que no debo estarle preguntando siempre de dónde viene esto y estotro, sino dejarla contar lo que tiene para decirme. Yo convengo en ello, y prosigue sin preámbulos: «Cómo ellos lo sacaron, y yo no he podido creer que está muerto». (Vuelve, pues, a hablar de su marido, y ahora discierno como fundamento de su desazón que ha estado sufriendo bajo el resto, retenido {*zurückhalten*}, de esa historia.) Y luego por tres años ha odiado a la niña, porque siempre se decía que habría podido cuidar a su marido hasta que sanase de no haber guardado cama a causa de ella. Y luego, tras la muerte de su marido, sólo ha recibido afrentas y sobresaltos. Los parientes de él, que siempre se opusieron al matrimonio y después le cobraron inquina de verlos vivir con tanta dicha, habían propagado el infundio de que ella lo envenenó, a punto tal que ella quería pedir una investigación. Por medio de un escritorzuelo repugnante esos parientes la habían amenazado con todos los procesos habidos y por haber. El canalla enviaba a rondar unos agentes que le andaban al acecho, hacía publicar artículos calumniosos contra ella en los periódicos locales y luego le mandaba los recortes. De entonces le venía su aversión a la gente y su odio a todos los extraños. Tras las palabras tranquilizadoras que anudo a su relato, se declara aliviada.

22 Por desgracia, en este caso omití investigar la significación de la zoopsia; por ejemplo, distinguir, en ese miedo a los animales, qué podía deberse a un horror primario, como el característico de muchos neurópatas desde su juventud, y qué a un simbolismo.

13 de mayo [por la mañana]. De nuevo ha dormido poco a causa de los dolores de estómago; ayer a la noche no ha tomado comida alguna; también se queja de dolores en el brazo derecho. Pero su talante es bueno, está alegre y desde ayer me trata con particular deferencia. Pide mi juicio sobre las más diversas cosas que le parecen importantes, y cae en una excitación de todo punto desmedida cuando, por ejemplo, me veo precisado a ir a buscar yo los paños indispensables para el masaje; se le producen a menudo chasquidos y el tic en la cara.

Hipnosis. Ayer por la tarde se le ocurrió de pronto la razón por la cual los animales pequeños que ella ve se le aumentan a proporciones tan gigantescas. Le pasó por primera vez en una representación teatral en D., donde habían puesto sobre el escenario una lagartija gigantesca. Fue también este recuerdo el que tanto la hizo penar ayer.[23]

Que el chasquido haya retornado se debe a que ayer tuvo dolores en el abdomen y se empeñaba en no denunciarlos con sus suspiros. No sabe nada sobre la ocasión particular del chasquear (cf. pág. 76). También se acuerda de que ayer le impuse la tarea de averiguar de dónde vienen los dolores de estómago. Pero no lo sabe, me ruega que la ayude. Le pregunto si alguna vez no se vio obligada a comer en medio de una gran emoción. Así es. Tras la muerte de su marido careció por largo tiempo de todo placer de comer, comía sólo por deber, y efectivamente los dolores de estómago empezaron por entonces. Ahora le remuevo los dolores de estómago por medio de algunas tachaduras sobre el epigastrio. Luego empieza a hablar espontáneamente de lo que más la ha afectado: «He dicho que no quería a la pequeña. Pero debo agregar que no lo manifestaba en mi comportamiento. He hecho todo lo que era necesario. Todavía ahora me reprocho querer más a la mayor».

14 de mayo [por la mañana]. Está bien y alegre, ha dormido hasta las siete y media de la mañana, sólo se queja de algunos dolores en la zona radial de la mano, dolores de

23 Sin duda, el signo mnémico visual de la gran lagartija sólo había alcanzado esa significación en virtud de su coincidencia temporal con un gran afecto al que ella por fuerza debió de estar sometida en el curso de aquella representación teatral. Pero en la terapia de esta enferma, como ya lo he confesado [*supra*, págs. 77*n.* y 84*n.*], me contenté a menudo con las averiguaciones más superficiales, y tampoco en relación con este punto ahondé la pesquisa. — Recuérdese, por otra parte, la macropsia histérica. La señora Emmy era miope y astigmática en alto grado, y es posible que muchas de sus alucinaciones fueran provocadas por la falta de nitidez de sus imágenes visuales.

cabeza y en el rostro. El declarar previo a la hipnosis cobra significación cada vez mayor. Hoy no tiene casi nada horroroso que producir. Se queja de dolores y falta de sensibilidad en la pierna derecha; relata que en 1871 tuvo una inflamación en el hipogastrio y, apenas restablecida, debió cuidar a su hermano enfermo y en eso le sobrevinieron los dolores, que de tiempo en tiempo llegaban a provocarle una parálisis del pie derecho.

En la *hipnosis* le pregunto si ahora ya podrá moverse entre la gente, o todavía prevalece el miedo. Opina que aún le resulta desagradable tener a alguien detrás o muy próximo a ella, y con relación a esto sigue contando casos de sorpresas desagradables por personas que aparecieron de repente. Así, una vez que había ido de paseo a la isla de Rügen con sus hijitas, dos individuos de sospechoso aspecto surgieron por detrás de un matorral; dice que las insultaron. En Abbazia, durante una caminata que hizo al atardecer, un mendigo surgió de repente tras de una piedra y luego cayó de rodillas ante ella. Debe de haber sido un loco inofensivo; además, cuenta acerca de una intrusión nocturna en su castillo, situado en un lugar solitario; la aterrorizó mucho. Pero se echa de ver fácilmente que el miedo a las personas se remonta en lo esencial a las persecuciones a que estuvo expuesta tras la muerte de su marido.[24]

Por la tarde. En apariencia muy alegre, me recibe sin embargo con la exclamación: «Me muero de angustia; ¡oh!, casi ni se lo puedo decir, me odio a mí misma». Al fin, me entero de que el doctor Breuer la ha visitado y ella se estremeció en el momento de aparecer él. Cuando él lo nota, ella le asegura: «Sólo en esta ocasión»; y cómo le pesa, por mi causa, haber dejado traslucir ese resto de su anterior medrosidad. Por esos días yo había tenido oportunidad de reparar en cuán severa era consigo misma, cuán pronta a hacerse graves reproches por ínfimas negligencias —que los paños para el masaje no se hallaran en su sitio, que no estuviera en un lugar bien visible el periódico que yo debía leer mientras ella dormía—. Luego de liquidado el primer estrato, más superficial, de reminiscencias martirizadoras, sale a la luz su personalidad hipersensible en lo ético, aquejada de la inclinación a empequeñecerse a sí misma; tanto en la vigilia como en la hipnosis, yo le imparto una enseñanza que es paráfrasis del antiguo apotegma «*De minimis non*

[24] En aquel tiempo me inclinaba a suponer un origen *psíquico* para todos los síntomas de una histeria. Hoy declararía *neurótica* la inclinación a la angustia en esta señora de vida abstinente (neurosis de angustia). [Cf. pág. 107.]

curat praetor», o sea, que entre lo bueno y lo malo existe un grupo muy vasto de cosas indiferentes, pequeñas, por las que nadie debe hacerse reproches. Creo que no admite estas enseñanzas más que lo haría un monje ascético de la Edad Media, quien veía el dedo de Dios y la tentación del Diablo en la vivencia más ínfima que tuviese, y era incapaz de representarse el mundo, aunque fuera por un momentito y en uno de sus rinconcitos, sin referirlo a sí mismo.

En la *hipnosis* aporta con posterioridad algunos complementos {*Nachtrag*} de imágenes horrorosas (así, en Abbazia unas cabezas sangrantes sobre cada ola). Hago que me repita las enseñanzas que le he impartido en la vigilia.

15 de mayo [por la mañana]. Ha dormido hasta las ocho y media, pero hacia la mañana se fue inquietando y me recibe con ligeros tics, chasquidos y alguna inhibición para hablar. «Me muero de angustia». Preguntada, cuenta que la pensión donde se alojan aquí las niñas se encuentra en un cuarto piso, y se llega a ella por medio de un ascensor. Ayer pidió que las niñas lo utilizaran también para bajar, y ahora se lo reprocha, pues dice que el ascensor no es del todo seguro. El propietario mismo se lo ha comunicado. Me pregunta si conozco la historia de la condesa de S., que murió en Roma a causa de un accidente de ese tipo. Ahora bien, yo conozco la pensión y sé que el ascensor es de propiedad del dueño de aquella; no me parece muy posible que ese hombre, que en un anuncio se vanagloria de ese aparato, pueda haber advertido contra su uso. Opino que hay ahí un espejismo del recuerdo [paramnesia] dictado por la angustia; le comunico mi punto de vista y con facilidad logro que eche a risa sus temores, por lo improbable que resultan. Justamente por ello no puedo creer que esa fuera la causa de su angustia, y me propongo preguntárselo a su conciencia hipnótica. Durante el masaje, que hoy reanudo tras una interrupción de varios días, me cuenta algunas historias, poco conectadas entre sí, pero que acaso fueran verdaderas; por ejemplo, de un sapo encontrado en un sótano, de una madre excéntrica que criaba de un modo muy peculiar a su hijo idiota, de una mujer a quien encerraron en un manicomio a causa de su melancolía, y así deja discernir qué clase de reminiscencias le pasan por la mente cuando un talante desasosegado se apodera de ella. Después que se ha aligerado de estos relatos, se pone muy alegre, me informa sobre la vida que lleva en su finca, sus relaciones sociales con hombres destacados de la Rusia alemana y de Alemania del Norte, y en verdad me es difícil concebir juntas esa plétora de acti-

vidades con la imagen de una señora que sufre de una neurosis tan severa.

En la hipnosis le pregunto, pues, por qué estaba tan inquieta hoy a la mañana. Y, en lugar del reparo por el ascensor, recibo la noticia de que tuvo miedo de que el período volviera a repetirse y otra vez estorbara los masajes.[25]

[25] El proceso había sido, pues, el siguiente: Cuando despertó por la mañana se encontró con un talante angustiado, y para explicárselo recurrió a la representación angustiosa que halló más a mano. A la siesta del día anterior había mantenido una conversación sobre el ascensor de la casa de las niñas. La madre, siempre cuidadosa, había preguntado a la gobernanta si la hija mayor —quien no podía caminar bien a causa de una neuralgia ovárica del lado derecho y de dolores en la pierna del mismo lado— utilizaba el ascensor también para bajar. Un espejismo del recuerdo le permitió luego anudar la angustia de que se había hecho conciente a la representación de aquel aparato. La efectiva razón de su angustia no se encontraba en su conciencia; sólo se la halló, pero entonces sin vacilación alguna, cuando yo la indagué en la hipnosis. Era el mismo proceso que Bernheim, y otros después que él, estudiara en personas que ejecutaban poshipnóticamente una orden que les habían impartido en la hipnosis. Por ejemplo, Bernheim (*Die Suggestion*, pág. 51 de la versión alemana) [1886, pág. 29] sugiere a un enfermo que tras despertar se llevará ambos pulgares a la boca. Así lo hace, y se disculpa diciendo que siente un dolor en la lengua a raíz de una mordedura que se infligió días antes en un ataque epileptiforme. Una muchacha, en obediencia a la sugestión, intenta asesinar a un empleado de tribunales que le era totalmente desconocido; detenida y preguntada por las razones de su acción, inventa una historia sobre una afrenta que le hicieron y que demandaba venganza. Parece haber una necesidad de poner fenómenos psíquicos de los que uno se vuelve conciente en un enlace causal con otro elemento conciente. Toda vez que la causación efectiva se sustrae de la percepción de la conciencia, se ensaya sin vacilar otro enlace en el que uno mismo cree aunque es falso. Es claro que una preexistente escisión del contenido de conciencia no puede menos que promover al máximo semejantes «*enlaces falsos*». [Cf. *infra*, págs. 306-7.]

Me demoraré todavía un poco en el ejemplo antes mencionado de enlace falso porque en más de un aspecto cabe designarlo paradigmático. Ello, en primer lugar, respecto de la conducta de esta paciente, que en el curso del tratamiento me ofrecería aún repetidas oportunidades de solucionar tales enlaces falsos por medio del esclarecimiento hipnótico, y de cancelar los efectos que de aquellos partían. Referiré los pormenores de un caso de esta índole porque arroja viva luz sobre el hecho psicológico en cuestión. Le había propuesto a la señora Emmy que en vez del habitual baño tibio ensayara con baños fríos de medio cuerpo, que le resultarían más refrescantes. Ella prestaba incondicional obediencia a las indicaciones médicas, pero siempre lo hacía con la más profunda desconfianza. Ya he informado que su tratamiento médico casi nunca le había aportado alivio. Mi propuesta de tomar baños fríos no cobró un aspecto tan autoritativo como para que ella no se animara a expresarme sus reparos: «Siempre que he tomado baños fríos he caído en un estado melancólico que duró todo el día. Pero volveré a intentarlo si usted lo *quiere*;

no crea que dejaré de hacer algo que usted diga». Aparenté renunciar a mi propuesta, pero en la próxima hipnosis le sugerí que propusiera ella misma los baños fríos: que había reflexionado y quería hacer la prueba, etc. Así sucedió; al día siguiente tomó ella a su cargo la idea de los baños fríos de medio cuerpo, procurando convencerme con todos los argumentos que yo mismo le había expuesto, y yo cedí sin mucho entusiasmo. El día del baño de medio cuerpo la hallé realmente en una profunda desazón. «¿Por qué está hoy así?». — «Yo lo sabía de antemano, siempre me pasa lo mismo con los baños fríos». — «Usted misma los pidió. Ahora sabemos que no los tolera. Volveremos a los baños tibios». Después, en la hipnosis, le pregunté: «¿Fue realmente el baño frío lo que la desazonó tanto?». — «¡Ah! El baño frío no tiene nada que ver con eso —fue la respuesta—, sino que esta mañana he leído en los diarios que ha estallado una revolución en Santo Domingo. Cuando ahí hay disturbios siempre son víctimas los blancos, y yo tengo en Santo Domingo a un hermano que ya nos ha dado muchos sustos, y ahora tengo miedo de que pueda sucederle algo». Con ello el asunto quedaba tramitado entre nosotros; a la mañana siguiente tomó su baño frío de medio cuerpo como si fuera algo sobrentendido, y siguió haciéndolo durante varias semanas sin atribuirle desazón alguna.

Se me concederá que este ejemplo es típico, también, para la conducta que tantos otros neurópatas adoptan frente a la terapia recomendada por el médico. Sean disturbios en Santo Domingo o en otra parte los que determinado día provoquen cierto síntoma, el enfermo siempre se inclina a derivar ese síntoma del último influjo médico. De las dos condiciones requeridas para que se lleve a cabo uno de esos enlaces falsos, una, la desconfianza, parece estar siempre presente; la otra, la escisión de la conciencia, es sustituida por el hecho de que la mayoría de los neurópatas, en parte, no tienen noticia alguna acerca de las causas efectivas (o al menos las causas ocasionales) de su padecer y, en parte, no quieren recibir noticia alguna de ellas porque les disgusta que les recuerden la participación, la autoría de ellos mismos en esas causas.

Uno creería que las condiciones psíquicas de la ignorancia o la omisión deliberada, que hemos puesto de relieve en los neurópatas, a diferencia de los histéricos, tendrían que ser por fuerza más propicias para la génesis de un enlace falso que la preexistencia de una escisión de conciencia, pues esta sustrae de la conciencia el material para vínculos causales. Sin embargo, es raro que esa escisión sea pura; las más de las veces, fragmentos del complejo subconciente [cf. pág. 68*n.*] de representaciones se introducen en la conciencia habitual, y justamente ellos dan ocasión a perturbaciones de esa índole. De ordinario, es la sensación general conectada con el complejo, el talante de la angustia, del duelo, la que, como en los ejemplos ya citados, es sentida concientemente, y para ella se vuelve preciso establecer, como en virtud de una suerte de «compulsión a asociar», un enlace con un complejo de representaciones presente en la conciencia. (Compárese, por otra parte, con el mecanismo de la *representación obsesiva*, que he delineado en dos trabajos míos, 1894*a* y 1895*c*.)

No hace mucho, por observaciones en otro ámbito, he podido convencerme del poder que posee esa compulsión a asociar. Durante varias semanas debí trocar mi lecho habitual por uno más duro, en el cual es probable que soñara más o con mayor vivacidad, o quizás era sólo que no podía alcanzar la profundidad normal en mi dormir. En el primer cuarto de hora tras despertar yo sabía de todos los sueños de la noche, y me tomé el trabajo de ponerlos por escrito y ensayar su

solución. Conseguí reconducir todos esos sueños a dos factores: 1) al constreñimiento de finiquitar aquellas representaciones en las que durante el día me había demorado sólo pasajeramente, que sólo habían sido rozadas y no tramitadas, y 2) a la compulsión a enlazar unas con otras las cosas presentes en el mismo estado de conciencia. Lo carente de sentido y contradictorio de los sueños se reconducía al libre imperio del segundo factor.

Que el talante perteneciente a una vivencia, así como su contenido, pueden entrar con toda regularidad en una referencia desviante con la conciencia primaria, lo he visto en otra paciente, la señora Cäcilie M., a quien llegué a conocer mucho más a fondo que a cualquiera otra de las pacientes aquí mencionadas. En esta dama he reunido las más numerosas y convincentes pruebas sobre la existencia de un mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos como lo hemos sustentado en este trabajo, pero, por desgracia, circunstancias personales me impiden comunicar con detalle este historial clínico, al cual en ocasiones he de remitirme todavía. La señora Cäcilie M. se encontró finalmente en un peculiar estado histérico que sin duda no ha de ser único, aunque no sé si ya se lo ha discernido alguna vez. Se lo podría designar como «psicosis expiatoria histérica». La paciente había vivenciado numerosos traumas psíquicos, y durante muchos años había sufrido una histeria crónica con muy diversas manifestaciones. Los fundamentos de todos esos estados le eran desconocidos a ella y a los demás; pero su memoria, de brillantes dotes, señaló las más llamativas lagunas; su vida estaba como fragmentada, según la queja de ella misma. Un día le sobrevino de pronto una antigua reminiscencia con intuitividad plástica y toda la frescura de una sensación nueva, y a partir de ese momento revivió, durante casi tres años, todos los traumas de su vida —los había olvidado hacía tiempo y a muchos jamás los había recordado—, con el más espantoso gasto de sufrimiento y el retorno de todos los síntomas que había tenido. Esta «expiación de antiguas culpas» abarcaba un lapso de treinta y tres años y permitió discernir el determinismo, a menudo muy complicado, de cada uno de sus estados. Sólo se podía aportarle alivio dándole la oportunidad de apalabrar en la hipnosis la reminiscencia que la estaba martirizando, con todo el gasto de talante que le correspondía y sus exteriorizaciones corporales; y si yo no podía estar presente, de suerte que se veía obligada a hablar ante una persona que la cohibía, algunas veces sucedía que refiriera a esta la historia en total calma y luego, en la hipnosis, con efecto retardado {*nachträglich*}, me ofreciera todo el llanto, todas las exteriorizaciones de desesperación con que habría querido acompañar el relato. Tras esa purificación en la hipnosis, se sentía enteramente bien, y presente, durante algunas horas. Breve tiempo después irrumpía, según su orden en la serie, la próxima reminiscencia. Ahora bien, el talante que le correspondía la precedía por algunas horas. Se volvía irritable, o angustiada, o desesperada, sin vislumbrar en ningún caso que ese talante no pertenecía al presente, sino al estado que estaba por aquejarla. En ese período de transición establecía por regla general un enlace falso, al que se atenía con obstinación hasta la hipnosis. Así, por ejemplo, un día me recibió con la pregunta: «¿No soy una persona abyecta, no es un signo de abyección haberle dicho a usted eso ayer?». Lo que había dicho la víspera no me parecía efectivamente apto para fundamentar semejante condena; tras breve discusión, ella misma estuvo de acuerdo, pero la hipnosis siguiente trajo a la luz la reminiscencia con ocasión de la cual, doce años antes, se había hecho un grave reproche, que, por lo demás, no seguía sustentando en el presente.

[El penúltimo párrafo de esta nota nos ofrece el primer documento

Me hago contar además la historia de sus dolores en la pierna. El comienzo es el mismo que el de ayer [el cuidado de su hermano enfermo]; luego sigue una larga serie de peripecias: son unas vivencias penosas e irritantes del tiempo en que tenía esos dolores; toda vez que ellas le sobrevenían, reforzaban a estos hasta el punto de provocarle una parálisis bilateral de las piernas con pérdida de la sensibilidad. Algo semejante pasaba con los dolores en el brazo, que principiaron, simultáneamente con los calambres en la nuca, mientras cuidaba a un enfermo. Sobre estos «calambres en la nuca» averiguo lo siguiente: relevaron a unos peculiares estados de inquietud con desazón, que tenía antes; y consisten en un «atrapamiento {*Packen*} helado» en la nuca, con una rigidez y un enfriamiento doloroso en las extremidades, incapacidad para hablar y postración total. Duran de seis a doce horas. Fracasaron mis intentos de desenmascarar este complejo sintomático como una reminiscencia. Las preguntas dirigidas a ello, sobre si su hermano, a quien cuidó en el delirio, le atrapó alguna vez la nuca, recibieron respuesta negativa {*verneinen*}; ella no sabe de dónde vienen esos ataques.[26]

publicado sobre el intento de Freud de abordar el problema de la interpretación de los sueños. Los dos factores que aquí propone encontraron un lugar, aunque secundario, en sus esclarecimientos últimos. El primero es la teoría propugnada por Robert; fue examinado en el capítulo I, sección G, de *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **4**, págs. 101-3, y parcialmente aceptado por Freud en el capítulo VII, sección D (*AE*, **5**, pág. 570). El segundo aparece mencionado en el capítulo V, sección A (*AE*, **4**, pág. 195).]

[26] En posterior reflexión debo decirme que esos «calambres en la nuca» pudieron ser de condicionamiento orgánico, unos estados análogos a la migraña. *In praxi* uno ve muchos estados de ese tipo que no han sido descritos y muestran una coincidencia harto llamativa con el ataque clásico de hemicrania, a punto tal que uno se inclinaría a ampliar el concepto de esta última y a relegar a un segundo término la localización del dolor. Como es sabido, muchas mujeres neurópatas suelen conectar al ataque de migraña unos ataques histéricos (convulsiones y delirios). Siempre que en la señora Emmy pude observar un «calambre en la nuca», sufría también de un ataque de delirio. [Cf. pág. 114.]

Por lo que toca a los dolores en brazos y piernas, pienso que estamos frente a un caso no muy interesante, pero tanto más frecuente, de determinismo por una coincidencia casual. Durante aquel período de emoción y cuidado de enfermos había sentido, a consecuencia del agotamiento, esos dolores con mayor intensidad que la ordinaria, y ellos, originariamente asociados con aquellas vivencias sólo por casualidad, se repitieron luego en su recuerdo como el símbolo corporal del complejo de asociación. En lo que sigue [págs. 187 y sigs.] he de citar todavía varios ejemplos probatorios de ese proceso. Es probable que los dolores fueran en su origen reumáticos, o sea (para dar un sentido preciso a este término, del que tanto se abusa), dolores que tienen su

Por la tarde. Está muy contenta, hace gala de magnífico humor. Me comunica que con el ascensor las cosas no eran como ella me había dicho. Bajo ningún pretexto se lo debía utilizar para descender. Una multitud de preguntas en las que no hay nada enfermizo. Ha tenido dolores de penosa intensidad en el rostro, en la mano a lo largo de la línea del pulgar, y en la pierna. Siente rigidez y dolores en el rostro después de haber permanecido largo tiempo sentada reposando o con la vista clavada en un punto. Levantar un objeto pesado le provocó dolores en los brazos. El examen de la pierna derecha demuestra bastante buena sensibilidad en el muslo, anestesia elevada en la pierna y el pie, menor en la zona de la cadera y cintura.

En la *hipnosis* indica que en ocasiones tiene todavía representaciones angustiantes, como que a sus hijas pudiera sucederles algo, podrían enfermar o no quedar con vida; el hermano de ella, que ahora está en viaje de bodas, podría sufrir un accidente, morir la mujer de él; es que todos sus hermanos y hermanas han tenido vida matrimonial breve. No le puedo sonsacar otros temores. La reprendo por ese afán de angustiarse donde no hay motivo alguno. Promete dejar de hacerlo «porque usted me lo pide». Ulteriores sugestiones para los dolores, la pierna, etc.

16 de mayo [por la mañana]. Ha dormido bien; aunque todavía se queja de dolores en el rostro, los brazos y las piernas, está muy alegre. La hipnosis no arroja resultado alguno. Pincelaciones farádicas en la pierna anestésica.

Por la tarde. Se asusta cuando yo entro. — «Suerte que haya llegado. Estoy tan aterrorizada...». — Al decirlo, todos los signos del horror, tartamudeo, tics. Primero me hago

principal sede en los músculos, y a consecuencia de los cuales se registran una significativa sensibilidad a la presión y una alteración de la consistencia de estos, que se exteriorizan con la mayor violencia tras un reposo o fijación más prolongados de la extremidad, vale decir, por las mañanas; mejoran al practicar los movimientos dolorosos, y desaparecen por masaje. Estos dolores miógenos, frecuentes en todas las personas, alcanzan gran significación en los neurópatas; con el aval de los médicos, que no tienen el hábito de examinar los músculos con la presión digital, aquellos suelen considerarlos nerviosos, y brindan el material para muchísimas neuralgias histéricas, llamadas isquialgias, etc. Señalemos aquí sumariamente los nexos de esta afección con la predisposición a la gota. La madre y dos hermanas de mi paciente habían padecido en alto grado de gota (o reumatismo crónico). Es posible que una parte de los dolores de que ella se quejaba en aquel tiempo fueran de naturaleza presente. Yo no lo sé; por entonces no tenía práctica en apreciar ese estado de los músculos. [Cf. *infra*, pág. 109.]

contar en la vigilia lo que hubo, a raíz de lo cual figura insuperablemente su espanto con las manos extendidas hacia adelante y los dedos crispados. — En el jardín, un ratón monstruoso le corrió de repente sobre la mano y luego desapareció de pronto, eso no paraba de correr de aquí para allá. (¿Ilusión por un juego de sombras?) Sobre los árboles se veían claramente unos ratones sentados. — «¿No escucha usted los cascos de los caballos en el circo?». — «Al lado se oye gemir a un señor; creo que siente dolores después de la operación». — «¿Estoy entonces en Rügen, he tenido allí una estufa como esa?». — También está confundida por la multitud de pensamientos que se le cruzan, y por su empeño de encontrar el presente. No sabe responder a preguntas por cosas del presente, como por ejemplo si sus hijas se encontraban allí.

Intento desenmarañar ese estado en la hipnosis.

Hipnosis. «¿De qué se ha angustiado usted tanto?». — Repite la historia de los ratones con todos los signos del espanto; y dice que también, cuando ella subía la escalera, había ahí echado un animal horroroso, y enseguida desapareció. Le declaro que son alucinaciones, repruebo su miedo a los ratones, sólo lo tienen los borrachos (a ella le repugnan mucho). Le cuento la historia del obispo Hatto,[27] que ella también conoce y escucha con el máximo horror. — «¿Cómo dio usted en lo del circo?». — Ella escucha con nitidez cómo ahí cerca los caballos patullan en los establos y se enredan en los ronzales, con lo cual se pueden hacer daño. Johann solía salir siempre para librarlos. — Le pongo en entredicho la proximidad del establo y el gemir del vecino. Le pregunto si sabe dónde se encuentra. — Lo sabe, pero antes creyó estar en Rügen. — «¿Cómo llegó a ese recuerdo?». — En el jardín hablaban de un sitio en él donde hacía mucho calor, y entonces se le ocurrió la terraza sin sombra de Rügen. — «¿Qué recuerdos tristes tiene, pues, de su estadía en Rügen?». — Expone la serie de ellos. Allí le sobrevinieron los temibles dolores en el brazo y la pierna, varias veces mientras estaba de excursión la niebla se abatió sobre ella de modo que erró el camino, dos veces durante sus caminatas fue perseguida por un toro, etc. — «¿Cómo cayó hoy en ese ataque?». — Pues, ¿cómo? Dice que escribió muchas cartas, ello le llevó unas tres horas, y la cabeza no le daba más. — Puedo suponer entonces que la fatiga le produjo ese ataque de delirio, cuyo contenido fue comandado {*bestimmen*} por asonancias como el lugar sin

27 [Quien, según la leyenda, fue devorado por las ratas.]

sombra en el jardín, etc. — Le repito todas las enseñanzas que suelo impartirle, y la dejo adormilada.

17 de mayo [por la mañana]. Ha dormido muy bien. En el baño de salvado que tomó hoy ha gritado varias veces porque creyó que el salvado eran unos gusanitos. Lo sé por la enfermera; a ella no le hace ninguna gracia contarlo. Está alegre, retozona casi, pero a menudo se interrumpe con exclamaciones: «¡Uh!», muecas que expresan espanto, también tartamudea más que en los últimos días. Cuenta que a la noche soñó que caminaba sobre algo que eran claramente sanguijuelas. La noche anterior había tenido sueños crueles, debía adornar muchos cadáveres y depositarlos en el sarcófago, pero nunca quería cerrar la tapa. (Evidentemente, una reminiscencia sobre su marido.) Cuenta además que en su vida le ocurrieron un sinnúmero de aventuras con animales, la más horrible con un murciélago que se había encerrado en el armario de su tocador, y ella salió corriendo, desvestida, del dormitorio. Su hermano le obsequió luego, para curarla de esta angustia, un lindo prendedor en forma de murciélago; pero nunca pudo usarlo.

Hipnosis. Su angustia ante los gusanos se debe a que una vez le regalaron una linda almohadilla para alfileres; cuando a la mañana siguiente quiso usarla, empezaron a salir muchos gusanillos, pues el salvado que emplearon para llenarla no estaba bien seco. (¿Alucinación? Quizás un hecho real.) Le pregunto por otras historias de animales. Cierta vez que paseaba con su marido por un parque de San Petersburgo, el camino para llegar hasta la fuente estaba poblado de sapos a punto tal que debieron volverse. Hubo épocas en que no podía dar la mano a nadie por miedo de que se le mudara en un horroroso animal, como tantas veces le había ocurrido. Intento librarla de la angustia a los animales haciendo un repaso de ellos, uno por uno, y preguntándole si le tiene miedo. A unos responde «No», a otros «No tengo permitido tenerle miedo».[28] Le pregunto por qué ayer y hoy ha tenido movimientos convulsivos y ha tartamudeado tanto. Dice que lo hace siempre que está así de aterrorizada.[29] — Pero, ¿por

[28] Difícilmente pueda considerarse un buen método el que yo seguí. Nada de eso fue agotado en la medida suficiente.

[29] Con su reconducción a sendos traumas iniciales [el desbocamiento de los caballos (págs. 79-80) y el propósito de permanecer en silencio junto a su hija enferma (pág. 76)], el tartamudeo y el chasquido no fueron eliminados por completo, si bien sobrevino un llamativo aminoramiento de ambos. La explicación de esta deficiencia del resultado la aportó la enferma misma. Se había acostumbrado a chasquear y tarta-

qué tenía ayer tanto terror? — En el jardín se le ocurrieron toda clase de cosas que la oprimieron. Sobre todo, cómo podrá impedir que de nuevo se le acumule algo cuando sea dada de alta en el tratamiento. — Le repito las tres razones de consuelo que ya le he dado en la vigilia: 1) En general está más sana y se ha vuelto más resistente; 2) se habrá acostumbrado a declararse con alguna persona allegada, y 3) tendrá por indiferentes todo un conjunto de cosas que hasta ahora la oprimían. — Además, le ha pesado mucho no haberme agradecido mi visita de ayer a la noche, teme que a causa de su última recaída yo pierda la paciencia con ella. Le ha causado gran conmoción y angustia que el médico del sanatorio preguntara en el jardín a un señor si ya tenía ánimo para la operación. La esposa estaba sentada junto a él, ella [Emmy] no pudo menos que pensar entre sí si no sería la última tarde de ese pobre hombre. — Con esta última comunicación parece solucionada la desazón.[30]

Por la tarde está muy alegre y contenta. La hipnosis no brinda resultado alguno. Me ocupo de tratar sus dolores musculares, y procuro restablecerle la sensibilidad en la pierna derecha, lo cual en la hipnosis se consigue con mucha facilidad; pero la sensibilidad restablecida vuelve a perderse en parte tras el despertar. Antes que yo me retire, exterioriza su asombro por no haber tenido durante tanto tiempo aquellos calambres en la nuca, que solían aparecerle antes de cada tormenta.

18 de mayo. Esta noche ha dormido como hacía años no le sucedía, pero después del baño se queja de enfriamiento en la nuca, contracciones y dolores en el rostro, manos y pies; sus rasgos están tensos, sus manos crispadas. La hipnosis no pesquisa ningún contenido psíquico para ese estado de «calambre en la nuca», que luego consigo mejorarle en la vigilia mediante masajes.[31]

mudear siempre que se asustaba, y entonces esos síntomas terminaron por depender, no de los traumas iniciales solamente, sino de una larga cadena de recuerdos asociados a ellos, que yo omití borrar. Es este un caso que sucede a menudo y perjudica siempre la elegancia y perfección del logro terapéutico que se obtiene mediante el método catártico.

[30] Aquí supe por primera vez algo de lo que luego pude convencerme en innumerables casos: en la solución hipnótica de un *delirium* histérico fresco, la comunicación del enfermo invierte la secuencia cronológica; enuncia primero las impresiones y conexiones de pensamiento de menor valor y producidas en último término, y sólo al final llega a la impresión primaria, que es quizá la más importante en el aspecto causal. [Breuer destaca el mismo fenómeno; cf. *supra*, pág. 59.]

[31] Su asombro del atardecer de la víspera por no haber tenido du-

Espero que el precedente extracto de la crónica de las primeras tres semanas baste para proporcionar un cuadro intuible del estado de la enferma, de la índole de mi empeño terapéutico y de su resultado. Ahora procedo a completar el historial clínico.

El delirio histérico descrito en último término fue también la última perturbación importante en el estado de la señora Emmy. Como yo no pesquisaba los síntomas patológicos y sus fundamentos por mi propia iniciativa, sino que aguardaba hasta que surgiera algo o ella me confesara algún pensamiento angustiante, las hipnosis pronto resultaron infecundas; yo las utilizaba las más de las veces para impartirle enseñanzas destinadas a permanecer siempre presentes en sus pensamientos y a prevenir que en su casa no volviera a caer en parecidos estados. Por aquella época yo me encontraba por entero bajo el hechizo del libro de Bernheim sobre la sugestión,[32] y de ese influjo pedagógico esperaba más de lo que hoy esperaría. Tanto mejoró el estado de mi paciente, y en breve lapso, que ella aseguró no haberse sentido tan bien desde la muerte de su marido. Tras un tratamiento que en su conjunto ocupó siete semanas, le permití regresar a su hogar sobre el Báltico.

rante tanto tiempo los calambres en la nuca era, pues, una vislumbre del estado que se avecinaba, ya preparado entonces y notado en lo inconciente [cf. pág. 68*n.*]. Esta singular forma de presentimiento era algo por entero habitual en la señora Cäcilie M., ya mencionado [pág. 90]. Siempre que ella, en su mejor estado de salud, me decía, por ejemplo: «Hace mucho que no temo de noche a las brujas» o «¡Qué contenta estoy! Hace tiempo que no siento mi dolor de ojos», yo podía estar seguro de que esa noche daría más trabajo a la enfermera con el más hondo miedo a las brujas, o que su siguiente estado se iniciaría con el temido dolor en los ojos. Era siempre una vislumbre de lo que ya estaba listo y formado en lo inconciente, y la conciencia «oficial» (para emplear la designación de Charcot), sin sospechar nada, procesaba la representación que afloraba como repentina ocurrencia dándole la forma de una exteriorización de satisfacción, que en cada caso, con harta rapidez y puntualidad, recibía su mentís. La señora Cäcilie, una dama de gran inteligencia a quien debo muchos avances en mi comprensión de síntomas histéricos, me hizo pensar que tales sucesos acaso han dado ocasión a la consabida superstición sobre las consecuencias que trae el invocar y apostrofar. Uno no debe gloriarse de una dicha, y por otra parte tampoco debe llamar al diablo, pues él vendrá. En verdad, uno sólo se gloria de la dicha cuando ya la desdicha acecha, y uno aprehende el presentimiento en esa forma, la de gloriarse, porque aquí el contenido de la reminiscencia emerge antes que la sensación que le corresponde, y entonces existe en la conciencia un contraste que a uno lo regocija. [Se hallará una alusión a esto en una nota al pie de un trabajo escrito treinta años más tarde, «La negación» (1925*b*), *AE*, **19**, pág. 254, *n.* 2.]

[32] [El libro de Bernheim (1886) fue traducido al alemán por el propio Freud (1888-89).]

Pasados unos siete meses, fue el doctor Breuer, y no yo, quien recibió noticias de ella. Su bienestar había durado varios meses, pero sucumbió a un nuevo sacudimiento psíquico. Su hija mayor, que ya durante la primera estadía en Viena emparejara a la madre con unos calambres en la nuca y unos leves estados histéricos, y que sobre todo sufría de dolores al caminar por causa de una *retroflexio uteri*, había sido tratada, de acuerdo con mi consejo, por el doctor N., uno de nuestros ginecólogos más conspicuos; este le puso en su lugar el útero mediante masajes, de suerte que pasó varios meses libre de dolencias. Cuando ya en su hogar le reaparecieron, la madre acudió al ginecólogo de la ciudad universitaria próxima; este aplicó a la muchacha una terapia combinada local y general, que empero llevó a que la niña contrajera una neurosis grave. Es probable que ya entonces saliera a la luz la disposición patológica de esta muchacha, de diecisiete años en ese momento, que un año después se manifestaría en una alteración del carácter. [Cf. pág. 102.] La madre, que la había puesto en manos de los médicos con su habitual mezcla de acatamiento y desconfianza, se hizo los más violentos reproches tras el infeliz desenlace de esa cura y, por un camino de pensamiento que yo no averigüé, llegó a la conclusión de que ambos, el doctor N. y yo, teníamos la culpa de la enfermedad de su hija por haberle presentado como leve lo que era una grave afección de la pequeña; canceló, por así decir, mediante un acto de voluntad el efecto de mi tratamiento, y recayó enseguida en los mismos estados de que yo la había librado. Es verdad que un destacado médico allegado a ella, a quien acudió, y el doctor Breuer, quien mantenía con ella contacto epistolar, consiguieron hacerle ver la inocencia de los dos acusados. Pero la antipatía que en esa época había concebido contra mí le quedó como un resto histérico aun después de ese esclarecimiento, y declaró que le resultaba imposible volver a tratarse conmigo. Siguiendo el consejo de la autoridad médica ya mencionada, buscó ayuda en un sanatorio de Alemania del Norte, y a pedido de Breuer yo comuniqué al médico que dirigía ese instituto la modificación de la terapia hipnótica que se había demostrado eficaz en ella.

Este intento de trasferencia [33] fracasó radicalmente. Parece que desde el comienzo no se entendió con el médico; se agotó en la resistencia a todo cuanto se emprendía con ella, desmejoró, perdió el sueño y el apetito, y sólo se recuperó

[33] [«*Übertragung*», aunque evidentemente aquí la palabra no está usada en su sentido técnico, tal como aparece por primera vez en pág. 306.]

luego de que una amiga, que la visitaba en el instituto, la secuestró en secreto o poco menos y la cuidó en su casa. No mucho después, pasado un año justo desde su primer encuentro conmigo, estaba de vuelta en Viena y se ponía en mis manos.

La hallé harto mejor de lo que imaginara por los informes epistolares. Desenvuelta, exenta de angustia, había conservado buena parte de lo que el año anterior yo había erigido en ella. Su queja principal era una frecuente confusión, «revoltijo en la cabeza», según la llamaba; además padecía de insomnio, a menudo un llanto incontenible la embargaba durante horas, y se ponía triste en un momento determinado del día (las cinco de la tarde). Era la hora en que tenía permitido visitar en el invierno a su hija internada en el sanatorio. Tartamudeaba mucho y emitía frecuentes chasquidos, se restregaba las manos como furiosa, y cuando le pregunté si veía muchos animales, sólo respondió: «¡Oh! ¡Quédese quieto!».

Al primer intento de hipnotizarla, cerró los puños y profirió: «No quiero ninguna inyección antipirética, prefiero quedarme con mis dolores. No me gusta el doctor R., me resulta antipático». Me di cuenta de que estaba prisionera en la reminiscencia de una hipnosis que le aplicaron en el instituto, y la calmé retrotrayéndola a la situación presente.

Apenas recomenzado el tratamiento, hice una instructiva experiencia. Le había preguntado desde cuándo le volvió el tartamudeo, y ella (en la hipnosis) respondió vacilante: desde el susto que se llevó en el invierno en D. Un camarero del hospedaje donde se alojaba se había escondido en la habitación de ella; en la oscuridad creyó que esa cosa era un gabán, lo tomó, y dice que el hombre de repente «se irguió con rapidez». Le elimino esa imagen mnémica, y efectivamente su tartamudeo se vuelve desde ese momento apenas perceptible, tanto en la hipnosis como en la vigilia. No sé qué me movió a someter a prueba en ese punto el éxito de mi tratamiento. Cuando volví a verla al anochecer, le pregunté con aire de total inocencia cómo debía hacer yo, al retirarme dejándola dormida, para cerrar las puertas de manera que nadie pudiera colarse dentro. Ante mi asombro, fue presa de un violento terror, empezó a rechinar los dientes y restregarse las manos, y me indicó que había tenido un terror violento de esa clase en D.; pero no se pudo moverla a que contase la historia. Tomé nota de que se refería a la misma historia que contara por la mañana en la hipnosis, y que yo creía haberle borrado. Pues bien; en la hipnosis que siguió, me la refirió con más detalle y veracidad. En

estado de excitación se paseaba una noche de un extremo al otro del pasillo; halló abierta la puerta de la habitación de su camarera y quiso entrar para sentarse ahí. Esta le atajó el camino, pero ella no se dejó disuadir, entró a pesar de todo y entonces notó aquella cosa oscura en la pared, que resultó ser un hombre. Evidentemente había sido el factor erótico de esta pequeña aventura lo que la moviera a una exposición infiel. Yo, por mi parte, aprendía por experiencia que un relato incompleto en la hipnosis carece de efecto curativo, y me habitué a considerar incompleto un relato cuando no aportaba beneficio alguno, y poco a poco supe ver en el gesto de los enfermos si me habían silenciado un fragmento esencial de su confesión.

El trabajo que esta vez hube de emprender con ella consistió en la tramitación hipnótica de las impresiones ingratas que había acogido dentro de sí durante la cura de su hija y su propia estadía en aquel instituto. Estaba llena de furia sofocada contra el médico que en la hipnosis la había constreñido a deletrear «s-a-p-o», y me arrancó la promesa de no proponerle nunca esa palabra. En este punto me permití una chanza sugestiva, el único abuso de la hipnosis, bien inocente por lo demás, de que me debo acusar respecto de esta paciente. Le aseguré que la estadía en «*-tal*» se le volvería cosa tan remota que ni siquiera se acordaría de ese nombre y toda vez que quisiera decirlo se equivocaría entre «*-berg*», «*-tal*», «*-wald*», etc.* Así le sucedió, y pronto la incertidumbre acerca de ese nombre fue la única inhibición de lenguaje que se le observaba, hasta que a raíz de un señalamiento que me hizo el doctor Breuer la liberé de esa compulsión a la paramnesia.

Batalla más larga que los restos de estas vivencias me dieron los estados que ella llamaba «revoltijo en la cabeza». Cuando por primera vez la vi en uno de esos estados, yacía sobre el diván con deforme mueca y una incesante inquietud en todo el cuerpo; de continuo se llevaba las manos a la frente, a la vez que profería como añorante y desorientada el nombre «Emmy», que era el suyo y el de su hija mayor. En la hipnosis anotició que ese estado era la repetición de tantísimos ataques de desesperanza que solían apoderarse de ella durante la cura de su hija, después que se había pasado horas pensando y pensando cómo se podía corregir el mal resultado de aquel tratamiento, sin hallar ninguna salida. Entonces, como sentía que se le enredaban

* {Desinencias toponímicas; «*Tal*» significa «valle»; «*Berg*», «monte», y «*Wald*», «bosque».}

los pensamientos, se habituó a pronunciar en voz alta el nombre de la hija, para abrirse camino en torno de él hacia la claridad. Pues en el tiempo en que el estado de su hija le impuso nuevos deberes y sintió que la nerviosidad volvía a ganar imperio sobre ella, estatuyó para sí que todo lo relativo a esa niña debía permanecer sustraído de la confusión, así todo lo demás hubiera de ponerse de través en su cabeza.

Después de algunas semanas también se superaron estas reminiscencias, y la señora Emmy permaneció en plena salud por algún tiempo todavía bajo mi observación. Justamente hacia el final de esta residencia suya sucedió algo que quiero referir porque ese episodio arroja la más viva luz sobre el carácter de la enferma y el modo en que se generaban sus estados.

La visité un día mientras almorzaba, y la sorprendí arrojando algo envuelto en papel al jardín, donde lo recogían los hijos del portero. Ante mi pregunta, confesó que era su pastel (seco), que cotidianamente solía seguir el mismo camino. Esto me movió a considerar los restos de los otros platos, y hallé que de ellos sobraba más de lo que podía haber comido. Interpelada por su poco comer, respondió que no estaba acostumbrada a tomar más, y aun le haría daño; sostuvo tener la misma naturaleza que su difunto padre, quien igualmente había sido de poco comer. Cuando le indagué qué bebía, respondió que sólo toleraba líquidos densos, como leche, café, chocolate, etc.; siempre que bebía agua surgente o mineral se le estropeaba el estómago. Todo eso llevaba el inequívoco sello de una elección nerviosa. Le tomé un análisis de orina y se la halló en exceso concentrada y sobrecargada de uratos.

Por eso juzgué adecuado indicarle que bebiera más, y también me propuse hacerle aumentar la ingesta de alimento. Si bien no presentaba una delgadez llamativa, me pareció que alguna sobrealimentación era deseable. Cuando en mi siguiente visita le prescribí un agua alcalina y le prohibí que hiciera correr al postre su suerte habitual, su agitación no fue poca: «Lo haré porque usted me lo demanda, pero le anticipo que será para mal, porque mi naturaleza lo rechaza, y mi padre era igual». Al preguntarle en la hipnosis por qué no podía comer más ni beber agua, le acudió esta respuesta bastante hosca: «No sé». Al día siguiente, la enfermera me confirmó que la señora Emmy se había sobrepuesto a su porción íntegra y había bebido una copa de agua alcalina. Pero me refirió haberla hallado luego yacente, presa de profunda desazón y de muy mal humor. Se quejaba

de unos muy violentos dolores de estómago: «Yo se lo había dicho. Ahora se han perdido todos los logros que tanto tiempo y tantas penas nos llevó conseguir. Me he arruinado el estómago como siempre que me alimento en demasía o bebo agua, y me veré obligada a guardar una dieta total durante cinco a ocho días antes que tolere algo». Le aseguré que no sería necesaria esa abstinencia, pues era de todo punto imposible que el agua le arruinara a uno el estómago de esa manera; sus dolores sólo se debían a la angustia con que había comido y bebido. Era evidente que no le había causado impresión alguna con este esclarecimiento, pues cuando poco después quise dormirla la hipnosis fracasó por primera vez; y por la furiosa mirada que me arrojó supe que estaba en plena rebeldía y que la situación era muy seria. Renuncié a la hipnosis, y le dije que le daba veinticuatro horas para que reflexionara hasta admitir el punto de vista de que sus dolores de estómago sólo se debían a su miedo; pasado ese plazo yo vendría a preguntarle si todavía opinaba que uno podía arruinarse el estómago ocho días enteros a causa de una copa de agua mineral y de una frugal comida; en caso de afirmarlo ella, le rogaría que partiese. Esta pequeña escena estaba en agudísimo contraste con nuestras relaciones, de ordinario muy amistosas.

Veinticuatro horas después la encontré humilde y dócil. Al preguntarle su opinión sobre el origen de sus dolores de estómago, respondió, incapaz de disimular: «Creo que se deben a mi angustia, pero sólo porque usted lo dice». Entonces la hipnoticé y volví a preguntarle: «¿Por qué no puede usted comer más?».

La respuesta advino pronta, y otra vez consistió en indicar una serie, cronológicamente ordenada, de motivos extraídos de su recuerdo: «Cómo, de niña, me sucedía a menudo portarme mal en la mesa y no quería comer mi plato de carne. Entonces mi madre se mostraba siempre muy severa y, so pena de serio castigo, dos horas más tarde debía comer del mismo plato la carne que ahí había quedado. La carne se había enfriado por completo y la grasa se había vuelto del todo rígida» (asco), «...y todavía veo frente a mí el tenedor... Tenía un diente un poco doblado. Cuando ahora me siento a la mesa, siempre veo frente a mí el plato con la carne y la grasa frías; y cómo, muchos años después, yo convivía con mi hermano, que era militar y tenía el mal abominable; yo sabía que era contagioso, y tenía una angustia atroz de equivocar los cubiertos y tomar su tenedor y su cuchillo» (gesto de horror), «y a pesar de ello comía junto con él para que nadie advirtiese que estaba enfermo;

y cómo poco después he cuidado a mi otro hermano, tan enfermo de los pulmones; comíamos frente a su cama, y el salivadero estaba siempre sobre la mesa y permanecía abierto» (gesto de horror) «. . . y él tenía la costumbre de esputar ahí por encima de los platos, siempre me daba tantísimo asco, y sin embargo no podía demostrarlo para no ofenderlo. Y esos salivaderos están siempre ahí sobre la mesa cuando yo como, y me sigue dando el mismo asco». Removí, por supuesto, de manera radical todo ese instrumental del asco, y luego le pregunté por qué no podía beber agua. Cuando ella tenía diecisiete años, la familia pasó algunas semanas en Munich, y casi todos sus miembros contrajeron un catarro de estómago por beber aguas malas. En los demás, esa afección desapareció pronto merced a indicaciones médicas, pero en ella perduró; tampoco el agua mineral, que le habían recomendado como medicina, mejoró en nada las cosas. Cuando el médico le hizo esa indicación, ella pensó entre sí: «No servirá de nada». Desde entonces se le había repetido incontables veces esa intolerancia hacia el agua surgente y mineral.

El efecto terapéutico de esta exploración hipnótica fue inmediato y duradero. No debió guardar dieta durante ocho días, sino que ya el día siguiente comió y bebió sin dificultad alguna. Dos meses después me escribió en una carta: «Como muy bien y he aumentado mucho de peso. Llevo bebidas cuarenta botellas de agua mineral. ¿Cree usted que debo continuar así?».

Volví a ver a la señora Von N. la primavera del año siguiente en su finca de D. Hacia esa época, su hija mayor, cuyo nombre ella solía pronunciar durante sus estados de «revoltijo en la cabeza», entró en una fase de desarrollo anormal; mostró un desmedido orgullo, que no estaba en proporción a sus escasos dones, se volvió rebelde y aun violenta hacia la madre. Yo aún gozaba de la confianza de esta última y se requirió mi juicio acerca del estado de la joven. Recibí una desfavorable impresión sobre la alteración psíquica que había sufrido la niña, y para formular mi prognosis debí considerar además el hecho de que todos los hermanastros de la enferma (hijos del primer matrimonio del señor Von N.) habían sucumbido a la paranoia. La familia de la madre no carecía de su buen lastre neuropático, si bien entre el círculo de sus parientes más próximos ningún miembro había caído en una psicosis definitiva. La señora Von N., a quien presenté sin reservas el informe que me había pedido, lo recibió con tranquilidad y comprensión. Estaba fortalecida, se la veía floreciente; había pasado con salud rela-

tivamente buena, perturbada sólo por algunos calambres en la nuca y otros pequeños achaques, los nueve meses trascurridos desde la terminación del último tratamiento. Sólo durante esa estada de varios días en su casa conocí todo el círculo de sus obligaciones, sus tareas e intereses espirituales. También conocí a un médico de cabecera que no tenía mucho de qué quejarse acerca de la dama; así, ella se había reconciliado en alguna medida con la *profession*.

Hasta ese punto, pues, la señora se había vuelto más sana y productiva; pero en los rasgos básicos de su carácter era poco lo que se había alterado a pesar de las sugestiones pedagógicas. Parecía no haberme concedido la existencia de una categoría de «cosas indiferentes» [cf. págs. 86-7]; su inclinación al automartirio apenas era menor que en la época del tratamiento. Y ni siquiera durante este período bueno había descansado su predisposición histérica. Por ejemplo, se quejaba de una incapacidad, contraída por ella en los últimos meses, para hacer viajes largos por ferrocarril; y el ensayo de resolver ese impedimento, ensayo forzosamente apresurado, sólo permitió averiguar diversas impresiones, pequeñas y desagradables, que había tenido en sus últimos viajes a D. y alrededores. Pero no parecía bien dispuesta a comunicar cosas en la hipnosis, y ya entonces di en la conjetura de que estaba en vías de sustraerse otra vez de mi influjo y que el secreto propósito de la inhibición para viajar en ferrocarril era obstaculizar un nuevo viaje a Viena.

Durante estos días se exteriorizó también aquella queja sobre lagunas en su recuerdo, «justamente en los episodios más importantes» [pág. 82*n.*], de la que inferí que mi trabajo de dos años antes había sido bastante interventor y tuvo duradero efecto. — Un día que me guiaba por una avenida desde la casa hasta una ensenada del mar, osé preguntarle si esa avenida solía estar poblada por sapos. Como respuesta recibí una mirada de reprensión, mas no acompañada por los signos del horror, y luego ella la completó con esta manifestación: «Pero aquí los hay reales». — En el curso de la hipnosis que emprendí para tramitar su inhibición de viajar, ella misma parecía descontenta con las respuestas que daba, y expresó el temor de que acaso ahora no obedeciera a la hipnosis como antes. Me resolví a convencerla de lo contrario. Escribí algunas palabras sobre un papelito, que le entregué diciéndole: «Hoy a mediodía volverá a servirme una copa de vino tinto, como ayer. Cuando yo me la lleve a la boca, usted dirá: "Por favor, sírvame a mí también una copa"; y al disponerme yo a tomar la botella, exclamará: "No, se lo agradezco; prefiero que no". Enseguí-

da buscará en su bolsillo y extraerá el papelito, donde estarán escritas estas últimas palabras suyas». Eso fue por la mañana; pocas horas después se consumó la pequeña escena tal y como yo se lo había ordenado, y de manera tan espontánea que no fue notada por ninguna de las muchas personas presentes. Era visible que luchaba consigo misma al pedirme el vino (nunca bebía vino); tras dar la contraorden con evidente alivio, echó mano a su bolsillo, extrajo el papelito sobre el cual se leían las últimas palabras que acababa ella de pronunciar, sacudió la cabeza y me miró con asombro.

Desde esa visita que le hice en mayo de 1890, mis noticias sobre la señora Von N. ralearon poco a poco. Por vías indirectas me enteré de que el insoportable estado de su hija, que le producía excitaciones penosas de toda índole, terminó por enterrar su buena salud. Por último recibí de ella (en el verano de 1893) una breve esquela donde me pedía permiso para que otro médico la hipnotizara, pues sus achaques habían vuelto y no podía venir a Viena. Al principio no entendí por qué necesitaría de mi permiso, hasta que me acordé de que en 1890, y por deseo de ella, la puse a salvo de hipnosis por extraños, a fin de que no corriera más el peligro de sufrir bajo la penosa compulsión de un médico que le cayera antipático, como le sucedió aquella vez en «*-berg*» («*-tal*», «*-wald*»). Renuncié, pues, por escrito a mis derechos exclusivos.

Epicrisis

Sin una inteligencia previa y profunda del valor y el significado de los nombres, no resulta fácil decidir si cierto caso clínico debe clasificarse en la histeria o en una de las otras neurosis (no puramente neurasténicas); y en el campo de las neurosis mixtas, de común ocurrencia, se espera todavía la mano ordenadora que ponga los hitos demarcatorios y destaque los rasgos esenciales para una caracterización. Si hasta ahora uno acostumbra diagnosticar «histeria», en el sentido estricto, siguiendo la semejanza con los notorios casos típicos, en el de la señora Emmy von N. difícilmente se pueda poner en entredicho esa designación. La prontitud para los delirios y alucinaciones pese a una actividad espiritual en lo demás intacta, la alteración de la personalidad y de la memoria en el sonambulismo artificial, la anestesia en la extremidad dolorosa, ciertos datos de la anamnesis, su neuralgia ovárica, etc., no dejan ninguna duda sobre la na-

turaleza histérica de la enfermedad contraída o, al menos, de la enferma. Pero el hecho de que el problema pueda plantearse se debe a un determinado carácter de este caso, apto para servir de asidero a una puntualización de validez universal. Según se evidencia en la «Comunicación preliminar» que hemos incluido al comienzo de este libro, consideramos los síntomas histéricos como unos afectos y unos restos de excitaciones de influencia traumática sobre el sistema nervioso. Tales restos no quedan pendientes cuando la excitación originaria fue drenada por abreacción o un trabajo del pensar. Aquí uno ya no puede negarse a tomar en cuenta unas cantidades (aunque no mensurables), a concebir el proceso como si una suma de excitación {*Summe von Erregung*} llegada al sistema nervioso se traspusiera {*umsetzen*} en un síntoma permanente en la medida en que no se empleó en la acción hacia afuera proporcionalmente a su monto.[34] Ahora bien, en la histeria estamos habituados a descubrir que una parte considerable de la «suma de excitación» del trauma se trasmude {*umwandeln*} en un síntoma puramente corporal. Este es el rasgo de la histeria que durante tanto tiempo estorbó concebirla como una afección psíquica.

Si en aras de la brevedad escogemos el término «*conversión*» {«*Konversion*»}[35] para la trasposición de excitación psíquica en un síntoma corporal permanente, que constituye la característica de la histeria, podemos decir que el caso de la señora Emmy von N. muestra un monto pequeño de conversión; la excitación, psíquica en su origen, permanece las más de las veces en el ámbito psíquico. Bien se advierte que por ello este caso se asemeja a aquellos otros de neurosis no histéricas. Existen ejemplos de histeria en que la conversión recae sobre el aumento total de estímulo, y entonces sus síntomas corporales se introducen en una conciencia al parecer enteramente normal. Pero es más común una trasposición incompleta, y entonces al menos una parte del afecto acompañante del trauma permanece dentro de la conciencia como componente del talante.

Los síntomas psíquicos de nuestro caso de histeria con

34 [El intento de Freud de fundamentar la psicología sobre bases cuantitativas está minuciosamente expuesto en su «Proyecto de psicología», escrito pocos meses después que el presente volumen y publicado póstumamente (1950*a*). Ya había manifestado sintéticamente estos puntos de vista en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *AE*, **3**, pág. 61. Cf. mi «Introducción», *supra*, págs. 13 y sigs.]

35 [Freud había utilizado este término en «Las neuropsicosis de defensa», *ibid.*, págs. 50-1. Véase, sin embargo, *infra*, pág. 217, *n.* 12.]

escasa conversión se pueden agrupar como alteración del talante (angustia, depresión melancólica), fobias y abulias (inhibiciones de la voluntad). Las dos últimas variedades de perturbación psíquica, concebidas por la escuela de los psiquiatras franceses como unos estigmas de degeneración nerviosa, en nuestro caso demuestran empero estar suficientemente determinadas {*determinieren*} por vivencias traumáticas; en su mayoría son fobias y abulias traumáticas, como lo mostraré en detalle.

Es cierto que, de las fobias, algunas corresponden a las fobias primarias del ser humano, en especial del neurópata; así, sobre todo, el miedo a los animales (serpientes, sapos y, principalmente, las sabandijas, de quien Mefistófeles se gloria de ser el señor),[36] el miedo a las tormentas, etc. Sin embargo, aun estas fobias se consolidaron en virtud de vivencias traumáticas, como el miedo a los sapos lo fue por aquella impresión de su temprana juventud, cuando un hermano le arrojó un sapo muerto, tras lo cual le sobrevino el primer ataque de convulsiones histéricas [pág. 75]; el miedo a las tormentas, por aquel terror que dio ocasión a la génesis del chasquido [pág. 80]; el miedo a la niebla, por el paseo en Rügen [pág. 93]; comoquiera que fuese, en este grupo el papel principal lo desempeña el miedo primario, por así decir instintivo {*instinktiv*}, que se considera como un estigma psíquico.

Las otras fobias, más específicas, también están justificadas por vivencias particulares. El miedo a un hecho horrible inesperado y repentino es el resultado de aquella terrible impresión de su vida: su marido, que gozaba de óptima salud, fulminado por un síncope. El miedo a los extraños, y a los hombres en general, resulta ser un resto de aquel tiempo en que fue víctima de las persecuciones de la familia [de su marido] y se inclinaba a ver en cada extraño un agente de aquella, o en que la asediaba la idea de que los extraños sabrían las cosas que sobre ella se propalaban oralmente y por escrito [pág. 84]. La angustia ante el manicomio y sus moradores se remonta a toda una serie de tristes experiencias de su familia y a unas descripciones que una tonta muchacha de servicio le hizo a la crédula niña [pág. 77]; además, esta fobia se apoya por una parte en el horror primario e instintivo que el cuerdo siente ante el loco, y por la otra en la aprensión existente en ella, como en todo neurótico, de caer presa de la locura. Una angustia tan espe-

36 [«El señor de las ratas y ratones, / las moscas y las ranas, las pulgas y los piojos». Goethe, *Fausto*, parte I, escena 3.]

cializada como la de que alguien aparecería tras ella [pág. 86] tiene sus motivos en diversas impresiones terroríficas de su juventud y de épocas posteriores. Desde una vivencia que tuvo en el hotel [págs. 98-9], singularmente penosa para ella pues se enlaza con el erotismo, cobra notable relieve la angustia ante la posibilidad de que se le colase alguien en el cuarto; por último, una fobia tan peculiar de los neurópatas y frecuente en ellos como la de ser enterrado vivo halla su pleno esclarecimiento en la creencia de que su marido no estaba muerto cuando se llevaron su cadáver, creencia en la que se exterioriza, de una manera tan conmovedora, la incapacidad de avenirse al repentino cese de la comunidad con el ser amado. Por otra parte, opino que todos estos factores *psíquicos*[37] sólo pueden explicar la elección, pero no la permanencia, de las fobias. Para esta última me veo precisado a aducir un factor *neurótico*, a saber, la circunstancia de que la paciente guardaba desde hacía años abstinencia sexual, lo cual constituye una de las ocasiones más frecuentes de *inclinación a la angustia.*[38]

Las abulias presentes en nuestra enferma (inhibiciones de la voluntad, incapacidades) admiten todavía menos que las fobias ser concebidas como unos estigmas psíquicos consecuencia de una estrechez general de la capacidad de rendimiento. Más bien el análisis hipnótico del caso nos hace ver que las abulias están condicionadas aquí por un doble mecanismo psíquico, uno solo en el fondo. La abulia puede ser simplemente la consecuencia de una fobia; lo es en todos los casos en que la fobia se anuda a una acción de la persona misma en lugar de anudarse a una expectativa [de un suceso externo] (salir, visitar gente; el otro caso sería que alguien se le colase en el cuarto, etc.), y ahí la causa de la inhibición de la voluntad es la angustia enlazada con el resultado de la acción. Erraríamos si clasificáramos esta clase de abulias como unos síntomas particulares junto a las fobias que les corresponden; no obstante, es preciso admitir que una fobia de esa índole, si no es de grado demasiado alto, puede existir sin llevar a la abulia. La otra clase de abulias se basa en la existencia de asociaciones no desasidas, de tinte afectivo, que oponen resistencia al anudamiento de asociaciones nue-

[37] [En la primera edición alemana se leía aquí «físicos», sin duda una errata.]

[38] [Véase el trabajo de Freud sobre la neurosis de angustia, contemporáneo de este (1895*b*). — En esta oración, Freud utiliza el término «neurótico», como a veces lo hacía en este período, en relación con lo que más adelante —en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*)— llamaría «neurosis actuales».]

vas, en particular las de índole inconciliable. El ejemplo más patente de una abulia de este tipo nos lo ofrece la anorexia de nuestra enferma [págs. 101-2]. Si come apenas es porque *no gusta de hacerlo; y no puede obtener gusto* alguno del comer porque ese acto está en ella enlazado de antiguo con recuerdos de asco, cuyo monto de afecto no ha experimentado todavía aminoración alguna. Ahora bien, es imposible comer al mismo tiempo con asco y con placer. Y el aminoramiento del asco adherido de antiguo a las comidas no pudo producirse porque ella siempre se vio precisada a sofocarlo en vez de librarse de él mediante una reacción; de niña, por miedo al castigo debía comer con asco la comida fría, y ya adulta, el miramiento por sus hermanos le impedía exteriorizar los afectos a que la sometían las comidas compartidas.

Quizá me sea lícito recordar aquí un pequeño trabajo en que he intentado dar una explicación psicológica de las parálisis histéricas (Freud, 1893*c*). En él llegué al supuesto de que la causa de estas residiría en que el círculo de representaciones de una de las extremidades, por ejemplo, sería inaccesible para nuevas asociaciones; y a su vez esta inaccesibilidad asociativa se debería a que la representación del miembro paralizado permanece englobada {*einbeziehen*} en el recuerdo del trauma, gravado este por un afecto no tramitado. Puntualicé, tomando ejemplos de la vida corriente, que una investidura[39] así de una representación con afecto no tramitado conlleva siempre cierto grado de inaccesibilidad asociativa, de inconciliabilidad con nuevas investiduras.

Hasta hoy no he logrado demostrar mediante análisis hipnótico, respecto de un caso de parálisis motriz, mis premisas de entonces. Pero puedo invocar la anorexia de la señora Von N. como prueba de que ese mecanismo es el que opera en ciertas abulias; y las abulias no son otra cosa que unas parálisis psíquicas muy especializadas —«sistematizadas», según la terminología francesa—.

El estado psíquico de la cuestión en la señora Von N. se puede caracterizar en lo esencial destacando dos aspectos: 1) Los afectos penosos de vivencias traumáticas permanecen sin tramitar; así, la desazón, el dolor (por la muerte de su marido), la inquina (por las persecuciones de los parientes), el asco (por las comidas forzadas), la angustia (por tantísimas vivencias terroríficas), etc.; y 2) se produce una viva

[39] [Aparentemente, la primera vez que apareció en una obra impresa el término «*Besetzung*» con el particular sentido que le dio Freud para designar uno de los conceptos fundamentales de su teoría psicológica. Cf. mi «Introducción», *supra*, págs. 17-8.]

actividad mnémica que, ora de manera espontánea, ora despertada por estímulos del presente (p. ej., las noticias sobre la revolución en Santo Domingo [pág. 89]), evoca a la conciencia actual {*aktuelle*} los traumas, pieza por pieza, junto con los afectos concomitantes. Mi terapia se ciñó a la marcha de esa actividad mnémica y procuró resolverla cotidianamente y tramitar lo que el día había llevado a la superficie, hasta que parecía agotado el acopio asequible de recuerdos patógenos.

A estos dos caracteres psíquicos, que considero unos descubrimientos de validez general para los paroxismos histéricos, se podrían agregar algunas importantes puntualizaciones, que empero pospondré hasta prestar alguna atención al mecanismo de los síntomas corporales.

No se puede postular una misma derivación para todos los síntomas corporales de la enferma. Aun en este caso, que no es rico en tal aspecto, uno se entera de que los síntomas corporales de una histeria se producen de diversas maneras. Por ahora me permito incluir los dolores entre los síntomas corporales. Hasta donde yo puedo verlo, una parte de los dolores eran sin duda de base orgánica, condicionados por aquellas leves alteraciones (reumáticas) de músculos, tendones y haces que deparan a los enfermos de los nervios mucho más dolor que a las personas sanas; otra parte de los dolores eran, con extrema probabilidad, recuerdos de dolor, símbolos mnémicos[40] de las épocas de emociones y de cuidado de enfermos que tanto lugar habían ocupado en la vida de la paciente. Acaso también estos últimos estuvieron en su origen justificados orgánicamente, pero desde entonces fueron procesados para los fines de la neurosis. Apoyo estos enunciados sobre los dolores de la señora Von N. en experiencias de otros casos que comunicaré más adelante en este trabajo;[41] poco esclarecimiento se obtuvo de la enferma misma con relación a este punto.

Una parte de las llamativas manifestaciones motrices de la señora Von N. eran simplemente expresión de emociones, significado que se discernía con facilidad. Por ejemplo, el extender hacia adelante las manos con los dedos esparran-

[40] [Cf. *supra*, págs. 91-2*n*. Freud había usado esta expresión en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *AE*, **3**, pág. 51, y en la presente obra la utiliza en repetidas oportunidades. Rara vez se la encuentra en sus escritos posteriores, pero hace algunas consideraciones acerca de ella en la primera de sus *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910*a*), *AE*, **11**, págs. 13-4.]

[41] [El tema de los dolores reumáticos y su relación con la histeria es examinado con algún detenimiento en el caso de Elisabeth von R., *infra*, págs. 187-8. Cf. también *supra*, págs. 91-2*n*.]

cados y crispados como expresión del horror, el juego mímico, etc. En verdad, era un modo más vivo y desinhibido de expresar las emociones que la mímica habitual de esta señora, acorde con su educación y su raza; fuera de sus estados histéricos, ella era solemne, casi tiesa en sus movimientos expresivos. Otra parte de sus síntomas motores, según ella misma lo indicó, mantenían directa relación con sus dolores: jugaba sin descanso con los dedos (1888) [pág. 72] o se restregaba las manos (1889) [pág. 98] para no verse obligada a gritar; y esta motivación nos recuerda vivamente uno de los principios formulados por Darwin [1872, cap. III] para explicar el movimiento expresivo, el de la «derivación de la excitación», mediante el cual, verbigracia, aclara el meneo de la cola por el perro. Por otro lado, todos nosotros sustituimos de ese modo, por una inervación motriz de otra índole, el grito que daríamos a raíz de unos estímulos dolorosos. Quien se ha propuesto mantener cabeza y boca quietas frente al dentista, y abstenerse de intervenir con las manos, hará al menos tamborilear sus pies.[42]

Una modalidad más compleja de la conversión permiten discernir en la señora Von N. los movimientos del tipo de tics, el chasquear la lengua y el tartamudear, la proferencia de su nombre «Emmy» en el ataque de confusión [pág. 99], la fórmula protectora compuesta: «¡Quédese quieto! ¡No hable! ¡No me toque!» (1888) [pág. 72]. De estas exteriorizaciones motrices, el tartamudeo y el chasquido admiten una explicación siguiendo un mecanismo que he designado «objetivación {*Objektivierung*} de la representación contrastante», en una breve comunicación publicada en la *Zeitschrift für Hypnotismus*, primer volumen (Freud, 1892-93).[43] El proceso, elucidado en nuestro propio ejemplo [pág. 76], sería el siguiente: La histérica, agotada por sus cuidados y su velar, está sentada junto al lecho de su hija enferma, quien *¡al fin!* se ha dormido, y se dice: «Ahora debes quedarte totalmente quieta para no despertar a la pequeña». Es probable que este designio evocara una representación contrastante, el miedo de hacer empero un ruido que turbara el tan ansiado sueño de la niña. Tales representaciones contrastantes respecto de un designio se engendran también en nosotros de una manera notable cuando no nos sentimos seguros en la ejecución de un designio importante.

[42] [Véanse las puntualizaciones de Breuer sobre esto mismo, *infra*, pág. 213.]

[43] [*AE*, **1**, pág. 156. En ese trabajo se examina el concepto de «representación contrastante», así como el de «voluntad contraria», mencionado dos párrafos más adelante.]

El neurótico, en cuya conciencia de sí rara vez se echa de menos un sesgo de depresión, de expectativa angustiada, forma estas representaciones contrastantes en mayor número o las percibe con más facilidad; también le parecen más sustantivas. Ahora bien, en el estado de agotamiento en que se halla nuestra enferma, la representación contrastante, que en situación ordinaria habría sido rechazada, resulta ser la más intensa; es ella la que se objetiva y entonces produce realmente, para espanto de la enferma, el ruido que temía. Con miras a explicar el proceso total supongo además que el agotamiento es parcial; sólo atañe —según se diría en la terminología de Janet y sus discípulos— al yo primario de la enferma, pues no trae como consecuencia que también la representación contrastante se debilite.

Supongo, por añadidura, que es el espanto ante ese ruido producido contra la propia voluntad lo que otorga a ese momento una eficacia traumática y fija al ruido mismo como síntoma[44] mnémico corporal de la escena en su conjunto. Y aun creo discernir en el carácter mismo de ese tic, que consta de varios sonidos de emisión espástica, separados entre sí mediante pausas y que ofrecen la mayor semejanza con unos chasquidos; creo discernir en él, decía, la huella del proceso a que debió su génesis. Parece que se desarrolló una lucha entre el designio y la representación contrastante, la «voluntad contraria», lucha que otorgó al tic su carácter intermitente y limitó la representación contrastante a una desacostumbrada vía de inervación en los músculos fonadores.

De una ocasión semejante en lo esencial fue secuela la inhibición espástica del lenguaje, el tartamudeo propiamente dicho [pág. 80], sólo que esta vez no se elevó a la condición de símbolo del suceso para el recuerdo el resultado de la inervación terminal, el grito, sino el proceso mismo de inervación, el intento de inhibición convulsiva del instrumento del lenguaje.

Ambos síntomas, el chasquido y el tartamudeo, estrechamente emparentados por su historia genética, siguieron asociados luego y se convirtieron en síntomas permanentes a raíz de su repetición en una ocasión parecida. Pero después recibieron otro empleo. Nacidos bajo un terror violento, se unieron luego (según el mecanismo de la histeria monosintomática, que mostraré a raíz del caso 5 [págs. 164-5]) a cualquier terror, aunque este no pudiera dar ocasión a objetivar una representación contrastante.

[44] [«*Symptom*» en todas las ediciones alemanas. Es probable que sea una errata por «*Symbol*». «Símbolo mnémico» parece tener más sentido, y es la expresión empleada en todo el libro.]

Por último, se enlazaron con tantos traumas, poseían tantos títulos para reproducirse en el recuerdo, que interrumpían el habla sin ocasión alguna, de un modo permanente, como un tic carente de sentido.[45] Sin embargo, el análisis hipnótico pudo mostrar cuánto significado se escondía tras ese tic aparente, y si el método de Breuer no consiguió aquí hacer desaparecer por completo y de una sola vez ambos síntomas, ello se debió a que la catarsis sólo se extendió a los tres traumas principales y no a los asociados secundariamente.[46]

45 [En los trabajos posteriores de Freud apenas hay referencias a los tics. En un artículo sobre este tema, Ferenczi (1921*a*) escribe: «El profesor Freud, a quien tuve oportunidad de indagar acerca del significado e importancia del tic, sugirió que en este podría obrar algún factor orgánico».]

46 Con esto yo podría causar la impresión de que atribuyo excesivo peso al detalle de los síntomas y me pierdo en una superflua manía de interpretar signos. Pero he aprendido que el determinismo de los síntomas histéricos llega efectivamente hasta su más fina ejecución, y no se corre el riesgo de atribuirles con exceso un sentido. Daré un ejemplo para justificar lo que digo. Hace unos meses traté a una muchacha de dieciocho años cuya familia mostraba antecedentes patológicos. En su complicada neurosis la histeria ocupaba su legítimo sitial. Lo primero que supe de ella fue su queja por unos ataques de desesperación con un contenido de dos clases. En unos, sentía un tironeo y comezón en la parte inferior del rostro, desde las mejillas hacia la boca; en los otros, se le estiraban convulsivamente los dedos de los pies, que empezaban a movérsele sin descanso. Al comienzo no me incliné a atribuir mucho valor a este detalle, y anteriores estudiosos de la histeria se habrían visto seguramente llevados a ver en estos fenómenos unas pruebas de la estimulación de centros corticales a raíz de ataques histéricos. Por cierto que no sabemos dónde se sitúan los centros de tales parestesias, pero es bien sabido que estas introducen la epilepsia parcial y constituyen la epilepsia sensorial de Charcot. Del movimiento de los dedos del pie habría que responsabilizar a lugares simétricos de la corteza situados muy próximos a la cisura media. Sin embargo, aquel fenómeno halló diversa explicación. Cuando hube trabado mejor conocimiento con la muchacha, le pregunté directamente qué pensamientos le acudían en esos ataques; le dije que no se sintiera molesta, que ella necesariamente tenía que poder dar una explicación para ambos fenómenos. La enferma enrojeció de vergüenza y por fin se la pudo mover, sin que mediara hipnosis, a los siguientes esclarecimientos, cuya referencia a la realidad efectiva fue corroborada en todo su contenido por su acompañante, allí presente. Desde que le vinieron las reglas y durante años había padecido de *cephalaea adolescentium*, la que le impidió toda ocupación continuada y le interrumpió sus estudios. Por fin liberada de ese obstáculo, esta niña ambiciosa y algo simple resolvió cultivarse con todo empeño para alcanzar a sus hermanas y compañeras de su misma edad. Se esforzó para eso desmedidamente, y cada empeño de esa clase solía terminar con un estallido de desesperación por haber sobrestimado sus fuerzas. Desde luego, también en el aspecto corporal solía compararse con otras muchachas, y

La proferencia del nombre «Emmy» en ataques de confusión, que, de acuerdo con las reglas del ataque histérico, reproducían los frecuentes estados de desorientación en el curso del tratamiento de la hija, se enlazaba, mediante una compleja ilación de pensamiento, con el contenido del ataque y acaso correspondía a una fórmula que la enferma empleaba para protegerse de ese ataque. Es probable que también esa proferencia hubiera podido degradar su significado hasta convertirse en un tic de más lato aprovechamiento (la fórmula protectora «No me toque, etc.» ya había recibido ese empleo), pero la terapia hipnótica detuvo en ambos casos

se sentía infortunada cuando se descubría un defecto. Su prognatismo (bien nítido) empezó a mortificarla, y dio en la idea de corregirlo ejercitándose durante un cuarto de hora en extender hacia abajo el labio superior por sobre los dientes salidos. La infructuosidad de este pueril empeño la llevó cierta vez a un estallido de desesperación, y desde ese momento el tironeo y la comezón en la parte inferior de las mejillas le quedaron como el contenido de una variedad de sus ataques. No menos trasparente resultó el determinismo de los otros ataques, los que presentaban el síntoma motor del estiramiento y el movimiento involuntario de los dedos del pie. Me había señalado que el primer ataque de esta índole le sobrevino tras una excursión al Schafberg, cerca de Ischl [en la Alta Austria], y sus familiares se inclinaron naturalmente a atribuirlo a un exceso de fatiga. Pero la muchacha informó lo siguiente: Entre sus hermanos y hermanas era tema predilecto de recíprocas burlas señalarse unos a otros que tenían los pies grandes (cosa innegable). Nuestra paciente, que desde hacía tiempo se sentía desdichada por esta falta de belleza, intentó calzar su pie en el más estrecho zapato, cosa que el atento papá no toleró, cuidando que llevara calzado cómodo. Harto insatisfecha con esta disposición paterna, la tenía siempre en la mente y se acostumbró a jugar con los dedos dentro del zapato como alguien que quiere medir cuán grande le queda, y cuánto más pequeño debería ser el zapato que le calzara bien, etc. Durante aquella expedición a la montaña, que en modo alguno le resultó cansadora, hubo desde luego ocasión, con los cortos vestidos, para ocuparse otra vez de los zapatos. Una de sus hermanas le dijo en el camino: «Pero hoy te has calzado unos zapatos muy grandes...». Ella ensayó de jugar con los dedos, y aun lo consiguió. La emoción por los pies infortunadamente grandes ya no la abandonó, y al regreso a casa estalló el primer ataque en que como símbolo mnémico de toda esa desazonante ilación de pensamiento los dedos se le crisparon y se le movieron de manera involuntaria.

Señalo que aquí se trata de síntomas de ataque, y no de síntomas permanentes; además, que tras esa confesión cesaron los ataques del primer tipo, pero los del segundo, con movimientos involuntarios de los dedos del pie, continuaron. Por fuerza habrá quedado ahí un fragmento que no fue confesado.

Postscriptum [en todas las ediciones]: Más tarde llegué a saber también esto último. La necia muchacha trabajaba con tan desmedido celo en su embellecimiento porque... quería gustarle a un joven primo. — [*Agregado* en 1924:] Algunos años después su neurosis se mudó en una *dementia praecox*.

el ulterior desarrollo de estos síntomas. Al llamado «Emmy», que acababa de generarse, lo hallé todavía limitado a su suelo materno, el ataque de confusión.

Estos síntomas motores se generaron ya sea mediante objetivación de una representación contrastante, como el chasquido; mediante la mera conversión de la excitación psíquica a lo motriz, como el tartamudeo; o mediante la acción voluntaria de la enferma en el paroxismo histérico, como la proferencia «Emmy» y la fórmula más larga, utilizadas como dispositivos protectores; pero común a todos ellos es que en su origen o duraderamente mantuvieron una conexión rastreable con traumas de los que ellos hacían las veces, en la actividad mnémica, en calidad de símbolos.

Otros síntomas corporales de la enferma no son en modo alguno de naturaleza histérica, como los calambres en la nuca, que yo concibo como migrañas modificadas [cf. pág. 91, *n.* 26] y que como tales en verdad no deben incluirse en la neurosis sino entre las afecciones orgánicas. Ahora bien, por regla general se les anudan síntomas histéricos; en el caso de la señora Von N., los calambres en la nuca son utilizados en ataques histéricos, mientras que ella no disponía de las manifestaciones típicas del ataque histérico.

Completaré la caracterización del estado psíquico de la señora Von N. pasando a considerar las alteraciones patológicas demostrables en su conciencia. Así como los calambres en la nuca, también impresiones penosas del presente (véase el último delirio en el jardín [pág. 93]) o potentes ecos de uno de sus traumas la ponen en un estado de delirio, en el que —nada más puedo afirmar dadas las pocas observaciones que realicé— reinan una limitación de la conciencia y una compulsión a asociar semejantes a las del sueño [pág. 89]; alucinaciones e ilusiones se ven en extremo facilitadas y se extraen conclusiones tontas o directamente disparatadas. Es probable que ese estado, comparable con una alienación mental, subrogue a un ataque de esta última; era tal vez, como equivalente de un ataque, una psicosis aguda que se clasificaría como «confusión alucinatoria». Otra semejanza con el ataque histérico típico reside en que casi siempre se rastrea una pieza de los antiguos recuerdos traumáticos como base del delirio. La transición desde el estado normal a ese delirio se consuma a menudo de un modo enteramente inadvertido; ha estado hablando con total corrección de cosas poco afectivas, y, al seguir la plática, que la lleva a representaciones penosas, noto, por la acentuación de sus gestos, la emergencia de las fórmulas protectoras, etc., que ella delira. Al comienzo del tratamiento el delirio

duraba todo el día, y entonces resultaba difícil enunciar con certeza, sobre cada síntoma, si —como los gestos— sólo pertenecía al estado psíquico como síntoma del ataque o, como el chasquido y el tartamudeo, había pasado a ser uno de los reales síntomas permanentes. A menudo sólo con posterioridad {*nachträglich*} se lograba distinguir qué se había producido dentro del delirio y qué dentro del estado normal. Y de este modo: ambos estados se encontraban separados por la memoria, y la enferma recibía un asombro mayúsculo al enterarse de las cosas que el delirio había introducido como unos parches en una conversación llevada dentro de lo normal. Mi primera entrevista con ella fue el más notable ejemplo del modo en que ambos estados se cruzaban uno con el otro sin tomar recíproca noticia. Sólo una vez sucedió durante este balanceo psíquico que la conciencia normal, adherida al presente, resultara afectada. Fue cuando me dio la respuesta, proveniente del delirio, de que ella era una mujer del siglo pasado [pág. 74, *n.* 9].

El análisis de esa actividad delirante en la señora Von N. resultó poco exhaustivo, sobre todo debido a la pronta mejoría de su estado, a raíz de la cual los delirios se separaron con nitidez de la vida normal y se restringieron a los períodos en que sufría los calambres en la nuca. Pero en compensación reuní experiencia sobre la conducta de la paciente en un tercer estado psíquico, el del sonambulismo artificial. Mientras que en su propio estado normal no sabía qué había vivenciado psíquicamente en sus delirios y qué en el sonambulismo, en este último disponía de los recuerdos de los tres estados; en verdad, era su estado más normal. Si hago abstracción de que como sonámbula era mucho menos reservada hacia mí que en las mejores horas de su vida corriente —es decir, como sonámbula me hacía comunicaciones sobre su familia, etc., mientras que de ordinario me trataba como a un extraño—, y si además prescindo de que mostraba la plena sugestionabilidad de los sonámbulos, me veo precisado a decir que se hallaba entonces en un estado totalmente normal. Fue interesante observar que este sonambulismo, por otra parte, no mostraba rasgo alguno supranormal: lo aquejaban todas las deficiencias psíquicas que atribuimos a los estados de conciencia normales.

Unos ejemplos bastarán para ilustrar la conducta de la memoria sonámbula. Cierta vez que platicábamos me expresó su arrobamiento por una bella planta en maceta que adornaba el vestíbulo del sanatorio. «Pero, ¿cómo se llama, doctor? ¿No lo sabe usted? He sabido el nombre alemán y el latino, y olvidé ambos». Era una excelente conocedora

de las plantas, mientras que yo en esa oportunidad hube de confesarle mi ignorancia en materia de botánica. Pocos minutos después, le pregunto en la hipnosis: «¿Sabe ahora el nombre de la planta junto a la escalera?». Y la respuesta, dada sin previa meditación: «Por su nombre alemán se llama lirio turco, pero al nombre latino realmente lo he olvidado». Otra vez, hallándose bien, me refiere una visita a las catacumbas de Roma, y no puede acordarse de dos términos de la descripción, en lo cual yo tampoco puedo ayudarla. Inmediatamente después le pregunto en la hipnosis por las palabras que mentaba. Tampoco en la hipnosis las sabe. Le digo entonces: «No reflexione más; mañana entre las cinco y las seis de la tarde, más cerca de las seis, se le ocurrirán de pronto en el jardín».

Al anochecer del día siguiente, durante una charla que no tenía absolutamente nada que ver con las catacumbas, prorrumpió: «Cripta, doctor; y columbario». — «¡Ah! Son las palabras que ayer no hallaba usted. ¿Cuándo se le ocurrieron?». — «Hoy a la tarde en el jardín, antes de subir». — Noté que de esta manera quería indicarme que observó de manera estricta el tiempo prescrito, pues su costumbre era abandonar el jardín hacia las seis de la tarde. Entonces, tampoco en el sonambulismo disponía de toda la extensión de su saber; también para este había una conciencia actual y una potencial. Con bastante frecuencia sucedía además en el sonambulismo que a mi pregunta: «¿A qué se debe tal o cual fenómeno?», arrugara el entrecejo y, tras una pausa, respondiera a media voz: «No lo sé». Para tales casos yo había cobrado el hábito de decirle: «Reflexione usted, enseguida lo averiguará»; y luego de breve meditación ella podía ofrecerme el dato pedido. Empero, también sucedía que no se le ocurriera nada y que yo debiera dejarle pendiente la tarea de acordarse, con plazo hasta el día siguiente. En todos los casos lo conseguía. Esta señora, para quien en su vida ordinaria toda falta a la verdad era penosísima, tampoco en la hipnosis mentía nunca, pero a veces daba noticias incompletas, reservándose un fragmento del informe hasta que yo le arrancaba una segunda vez ese complemento. Como en el ejemplo dado en págs. 98-9, las más de las veces era la repugnancia que le suscitaba el tema lo que también en el sonambulismo sellaba sus labios. A pesar de estos rasgos de limitación, su conducta psíquica en el sonambulismo impresionaba en su conjunto como despliegue desinhibido de su fuerza espiritual y de su plena disposición sobre su tesoro mnémico.

Su sugestionabilidad en el sonambulismo era innegable-

mente grande, pero muy alejada de una falta patológica de toda resistencia. En conjunto, debo decir que yo no causaba en ella más impresión que la que sería lícito esperar, profundizando de ese modo en su mecanismo psíquico, en cualquier persona que me escuchase con plena confianza y gran claridad mental; sólo que la señora Von N., en el estado que pasaba por normal, no era capaz de atenderme con esa complexión psíquica favorable. Toda vez que, como en el caso del miedo a los animales, no conseguí aportarle razones para su convencimiento, o que no penetré hasta la historia genética psíquica del síntoma, sino que pretendí operar mediante una sugestión autoritativa, noté una expresión tensa, insatisfecha, en el gesto de la sonámbula; y cuando para concluir le pregunté: «Entonces, ¿seguirá teniendo miedo a estos animales?», la respuesta fue: «No... porque usted lo demanda». Semejante promesa, que sólo podía apoyarse en su docilidad hacia mí, en verdad nunca cuajó; su éxito fue tan nulo como el de tantas enseñanzas generales que le impartí, en lugar de las cuales lo mismo habría valido que le repitiera esta única sugestión: «Sane usted».

Esta misma persona, tan obstinada en retener, contra la sugestión, sus síntomas patológicos, y que sólo los abandonaba tras un análisis o un convencimiento psíquicos, era por otra parte tan dócil como la mejor médium de hospital cuando se trataba de sugestiones sin importancia, de cosas que no guardaban relación con su enfermedad. Ya he comunicado, en el historial clínico, ejemplos de esa obediencia poshipnótica. No hallo contradicción alguna en esta conducta. Por fuerza se imponía también aquí el derecho de la representación más intensa. Si uno penetra en el mecanismo de la «idea fija» patológica, la halla fundada y apoyada en vivencias tan numerosas y de tan intensa eficacia que luego uno no puede asombrarse si ella es capaz de ofrecer exitosa resistencia a la representación contraria sugerida, dotada sólo de cierta fuerza. En verdad, sólo un cerebro realmente patológico podría dejar que la sugestión borrara unos resultados tan legítimos de procesos psíquicos intensivos.[47]

[47] Acerca de esta interesante oposición entre la más generosa obediencia sonámbula en todos los demás aspectos y la obstinada perseverancia de los síntomas patológicos porque estos últimos tienen fundamento más profundo y son inaccesibles al análisis, he obtenido, en otro caso, una honda impresión. Trataba desde hacía cinco meses, y sin poder remediarla, a una muchacha joven, vivaz y dotada, aquejada desde un año y medio atrás de una grave perturbación para caminar. Tenía analgesia y lugares dolorosos en ambas piernas, y un tremor rápido en las manos; caminaba inclinada hacia adelante con las piernas pesadas, a pasos pequeños y vacilantes como en

Cuando estudié el estado sonámbulo de la señora Von N. me acudieron por primera vez dudas acerca de la corrección de la tesis de Bernheim, «*Tout est dans la suggestion*»,* y acerca de la inferencia de su agudo amigo Delboeuf, «*Comme quoi il n'y a pas d'hypnotisme*».** Tampoco hoy puedo comprender que al mostrarle mi dedo y decirle una sola vez «Duérmase» yo creara ese particular estado psíquico de la enferma en que su memoria incluía todas sus vivencias psíquicas. Por medio de mi sugestión pude haberle provocado ese estado, pero no habérselo creado, pues sus caracteres,

la marcha cerebelar, y hasta a menudo llegaba a caerse. Su talante era llamativamente alegre. Una de nuestras autoridades vienesas de entonces se había visto inducida a diagnosticar este complejo de síntomas como esclerosis múltiple; otro especialista discernió ahí la histeria, en favor de la cual hablaba sin duda la complicada plasmación del cuadro clínico al comienzo de la enfermedad (dolores, desmayos, amaurosis), y me derivó a la enferma para su tratamiento. Intenté mejorar su andar mediante sugestión hipnótica, tratamiento de las piernas en la hipnosis, etc., pero sin ningún resultado, a pesar de que ella era una notable sonámbula. Cierto día, en que volvió a entrar tambaleante en la habitación, un brazo en el de su padre, el otro apoyado sobre un paraguas cuya puntera ya estaba muy gastada, perdí la paciencia y le espeté en la hipnosis: «¡Harto tiempo lleva todo esto! Mañana mismo, antes del mediodía, el paraguas se quebrará en sus manos y usted se verá obligada a regresar a casa sin él, y desde entonces ya no necesitará paraguas alguno». No sé cómo cometí la estupidez de dirigir una sugestión a un paraguas; con posterioridad me dio vergüenza, y ni sospeché que mi sabia paciente se encargaría de salvarme ante su padre, quien era médico y asistía a las hipnosis. Al día siguiente, el padre me refirió: «¿A que no sabe usted qué hizo ella ayer? Salimos de paseo por la Ringstrasse [la calle principal de Viena]; de repente ella se puso de espíritu festivo y empezó —en mitad de la calle— a cantar "Nuestra vida es libre" [canción liviana de la obra de Schiller *Los ladrones*], y en eso llevaba el compás con el paraguas contra la calzada, y el paraguas se quebró». Desde luego, ella ni sospechaba que con tanto ingenio {*Witz*} había mudado una sugestión disparatada en otra soberbiamente lograda. Como los aseguramientos, los mandatos y el tratamiento en la hipnosis no mejoraban su estado, recurrí al análisis psíquico y le demandé que me dijera qué emoción había precedido al estallido de la enfermedad. Contó entonces (en la hipnosis, pero sin ninguna excitación) que poco antes había fallecido un joven pariente, cuya prometida ella se había considerado desde hacía muchos años. Pero esta comunicación no cambió nada en su estado; en la hipnosis siguiente le dije, por eso, que estaba totalmente convencido: la muerte de su primo nada tenía que ver con su estado, alguna otra cosa había pasado que ella no mencionó. Pude arrancarle entonces una sola indicación, pero apenas hubo dicho una palabra enmudeció, y su anciano padre, que estaba sentado tras ella, empezó a sollozar con amargura. Naturalmente, no esforcé más a la enferma, pero tampoco la volví a ver.

* {«En la sugestión está todo».}

** {«Siendo así, no existe el hipnotismo».}

universalmente válidos por lo demás, me sorprendieron muchísimo.

El historial clínico muestra bien a las claras la índole de terapia que se aplicó aquí en el sonambulismo. Como es habitual en la psicoterapia hipnótica, combatí las representaciones patológicas presentes mediante aseguramiento, prohibición, introducción de representaciones contrarias de todo tipo; mas no me contenté con ello, sino que fui tras las huellas de la historia genética de cada síntoma a fin de poder combatir las premisas sobre las cuales se edificaban las ideas patológicas. Y en el curso de estos análisis sucedía, por regla general, que la enferma declarara, bajo los signos de la más violenta excitación, cosas cuyo afecto sólo había hallado hasta entonces un drenaje como expresión de emociones. [Cf. págs. 109-10.] No puedo decir cuánto del éxito terapéutico en cada oportunidad se debía a esa sugestión eliminadora *in statu nascendi*, y cuánto a la solución del afecto mediante abreacción; en efecto, utilicé conjugados ambos factores terapéuticos. Por eso, este caso no serviría para la demostración rigurosa de la eficacia terapéutica del método catártico. Pero lo que sí puedo decir es que sólo resultaron eliminados de manera realmente perdurable los síntomas patológicos en los que yo había ejecutado el análisis psíquico.

El éxito terapéutico fue, en conjunto, muy considerable, pero no duradero; no se eliminó la aptitud de la paciente para enfermar parecidamente a raíz de nuevos traumas que le sobrevenían. Quien quisiera emprender la curación definitiva de una histeria así debería dar razón del nexo entre los fenómenos con mayor profundidad de lo que yo lo ensayé. La señora Von N. era, sin ninguna duda, una persona de herencia neuropática. Sin mediar semejante predisposición, es probable que no se produzca histeria alguna. Pero la predisposición sola todavía no constituye una histeria; para ello se requieren fundamentos y, como yo lo sostengo, fundamentos adecuados, una etiología de naturaleza determinada. Ya he consignado que en la señora Von N. los afectos de tantas vivencias traumáticas parecían conservados, y que una vivaz actividad mnémica traía a la superficie psíquica ora este trauma, ora estotro. Me atrevería ahora a indicar el fundamento de esa conservación de los afectos. Sin duda se entrama con la disposición hereditaria de la señora Von N. Por una parte, sus sensaciones eran muy intensas; ella era de una naturaleza violenta, capaz del máximo desencadenamiento de las pasiones; por otra parte, desde la muerte de su marido vivía en total soledad anímica, desconfiando de los

amigos debido a las persecuciones de que la hicieron objeto los parientes, y celosa y vigilante para que nadie cobrara demasiado influjo sobre su obrar. Era grande el círculo de sus deberes, y debía realizar sola todo el trabajo psíquico que sus obligaciones le imponían, sin amigo ni persona de confianza, casi aislada de su familia, y con la dificultad adicional de su escrupulosidad, su inclinación al automartirio, a menudo su natural desconcierto de mujer. En síntesis, es inequívoco aquí el mecanismo de la *retención de grandes sumas de excitación*, en sí y por sí. Ese mecanismo se apoya en parte en las circunstancias de su vida, y en parte en su disposición natural; por ejemplo, su horror a comunicar algo sobre sí misma era tan grande que, según lo noté con asombro en 1891, ninguno de los diarios visitantes de su casa sabía que estuviera enferma ni que yo fuera su médico.

¿Que si con esto he agotado la etiología de este caso de histeria? Creo que no, pues en la época de los dos tratamientos yo no me había planteado aún aquellas preguntas de cuya respuesta se necesita para un esclarecimiento exhaustivo. Ahora pienso que debe de haberse agregado algo para provocar, dadas unas constelaciones que durante años mantuvieron inmutable su eficacia etiológica, un estallido de padecimiento justamente en los últimos años. También me llamó la atención que en todas las comunicaciones íntimas que me hizo la paciente faltara por completo el elemento sexual, que, empero, como ningún otro da ocasión a traumas. No es posible que las excitaciones de esta esfera hayan quedado sin dejar algún resto; es probable que la biografía que yo le escuché fuera una *editio in usum delphini.** El comportamiento de la paciente era de la máxima decencia, una decencia no artificiosa ni mojigata. Pero si considero la reserva con que me refirió en la hipnosis la pequeña aventura de su camarera en el hotel, me entra la sospecha de que esta mujer violenta, capaz de tan intensas sensaciones, no pudo triunfar sobre sus necesidades sexuales sin serias luchas y sin sufrir de tiempo en tiempo un agotamiento psíquico en el ensayo de sofocar esta pulsión, la más poderosa de todas. Cierta vez me confesó que no se había vuelto a casar porque, dada la gran fortuna que poseía, no podía tolerar un pretendiente sin bienes, y además se habría reprochado perjudicar los intereses de sus dos hijas mediante un nuevo casamiento.

Antes de dar por terminado el historial clínico de la se-

* {«edición para uso del delfín», edición expurgada de los clásicos, que Luis XIV hizo preparar para su hijo.}

ñora Von N. debo agregar todavía una puntualización. El doctor Breuer y yo la conocimos con bastante exactitud y durante largo tiempo; solíamos sonreír cuando comparábamos su cuadro de carácter con la pintura que de la psique histérica se arrastra de antiguo, a través de los libros y de la opinión de los médicos. Si de la observación de la señora Cäcilie M. habíamos inferido[48] que una histeria de la forma más grave es conciliable con las más ricas y originales dotes —un hecho que, por otra parte, ponen bien en evidencia las biografías de las mujeres importantes para la historia y la literatura—, en la señora Emmy von N. teníamos un ejemplo de que la histeria tampoco excluye un intachable desarrollo del carácter y una vida conciente de sus metas. Esta que nos tocaba conocer era una mujer sobresaliente; a ambos nos impresionó su seriedad ética en la concepción de sus deberes, su inteligencia y su energía directamente masculinas, su elevada cultura y su amor por la verdad; al mismo tiempo, su bondadoso desvelo por las personas a su cargo, su intrínseca modestia y la finura de su trato la volvían estimable también en su condición de dama. Llamar «degenerada» a una mujer así equivaldría a desfigurar el significado de esta palabra hasta hacerlo irreconocible. Convendrá separar conceptualmente a las personas «predispuestas» de las «degeneradas», pues de lo contrario habrá que admitir que la humanidad debe buena parte de sus grandes conquistas a los empeños de unos individuos «degenerados».

También debo confesar que en el historial de la señora Von N. no hallo nada de un «rendimiento psíquico inferior»,[49] al que P. Janet reconduce la génesis de la histeria. Según él, la predisposición histérica consistiría en un estrechamiento anormal del campo de la conciencia (a consecuencia de una degeneración hereditaria), que daría ocasión al descuido de series enteras de percepciones, y, en secuencia ulterior, a la descomposición del yo y a la organización de personalidades secundarias. De acuerdo con esto, también el resto del yo, debitados los grupos psíquicos de organización histérica, debería ser de inferior rendimiento que el yo normal, y de hecho según Janet ese yo adolece en los histéricos de estigmas psíquicos, está condenado al monoideísmo y es incapaz de las operaciones voluntarias de la vida habitual. Opino que Janet, de manera errónea, ha elevado al

48 [Cf. mi «Introducción», *supra*, pág. 6, *n*. 2.]

49 [Este pasaje parece basado fundamentalmente en Janet, 1894, pág. 300. (Cf. *infra*, pág. 240*n*.) La expresión alemana «*psychische Minderleistung*» {«rendimiento psíquico inferior»} es sin duda la versión que da Freud de la «*insuffisance psychologique*» de Janet.]

rango de condiciones primarias de la histeria unos estados consiguientes a la alteración histérica de la conciencia. El tema merece un estudio a fondo en otro lugar;[50] comoquiera que fuese, en la señora Von N. no se advierte nada de ese rendimiento inferior. Durante el período de sus estados más graves, ella fue y permaneció capaz de cuidar sus intereses en la dirección de una gran empresa industrial, no perdió nunca de vista la educación de sus hijas, mantuvo intercambio epistolar con personas de sobresaliente nivel intelectual; en suma, cumplía sus obligaciones a punto tal que su condición de enferma pudo permanecer oculta. Me inclinaría a creer que el resultado de todo esto sería una medida notable de hiperrendimiento psíquico, insostenible a la larga y que por fuerza llevaría a un agotamiento, al *misère psychologique* {empobrecimiento psicológico} secundario. Es probable que en la época en que yo la vi por primera vez ya empezaran a hacerse sentir esas perturbaciones de su capacidad de rendimiento, pero no cabe ninguna duda de que una histeria grave había existido muchos años antes de estos síntomas de agotamiento.[51]

[50] [Breuer lo examina *infra*, págs. 241 y sigs.]

[51] [*Nota agregada* en 1924:] Sé que ningún analista podrá leer hoy este historial clínico sin una sonrisa compasiva. Pero téngase en cuenta que fue el primer caso en que yo apliqué en amplia medida el procedimiento catártico. [Cf. *supra*, pág. 71.] Por eso he dejado el informe en su versión original, no expuse ninguna de las críticas a que hoy daría lugar tan fácilmente, ni ensayé llenar con posterioridad sus numerosas lagunas. Sólo dos cosas quiero agregar: mi intelección, que adquirí más tarde, sobre la etiología actual de la enfermedad, y noticias acerca de su ulterior trayectoria.

Cuando, según he consignado, pasé algunos días como huésped en su finca, en una comida estuvo presente un extraño que evidentemente se empeñaba en resultar agradable. Una vez que se hubo ido, ella me preguntó qué me había parecido, y acotó al pasar: «Imagínese usted, ese hombre quiere casarse conmigo». En su nexo con otras manifestaciones que yo había omitido apreciar, no pude menos que llegar a este esclarecimiento: por esa época ella ansiaba un nuevo matrimonio, pero en la existencia de sus dos hijas, las herederas de la fortuna paterna, hallaba el obstáculo para la realización de su propósito.

Algunos años después, en una reunión científica, me encontré con un destacado médico compatriota de la señora Emmy y le pregunté si conocía a esa dama y si sabía algo acerca de su estado. Pues sí; la conocía, y él mismo le había brindado tratamiento hipnótico, pero ella había escenificado con él —y aún con muchos otros médicos— el mismo drama que conmigo. Tras llegar a estados miserables, había premiado con un éxito extraordinario el tratamiento hipnótico, para después enemistarse de repente con el médico, abandonarlo y reactivar toda la dimensión de su condición enferma. Era la verdadera «compulsión de repetición».

Debió pasar un cuarto de siglo para que volviera a recibir noti-

cias de la señora Emmy. Su hija mayor, la misma sobre la cual yo había enunciado tan desfavorable prognosis, se dirigió a mí requiriéndome una pericia médica sobre el estado mental de su madre, basada en mi tratamiento de aquel entonces. Se proponía iniciar causa judicial contra aquella, a la que pintaba como a una tirana cruel y despiadada. Había echado a sus dos hijas y se negaba a asistirlas en sus aprietos materiales. Por su parte, la autora de la carta había obtenido un doctorado y estaba casada.

[Este historial clínico ya había sido brevemente analizado por Freud en «Un caso de curación por hipnosis...» (1892-93), *AE*, **1**, págs. 157-9, y aludió a él en la primera de sus *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910*a*), *AE*, **11**, págs. 12-4.]

3. Miss Lucy R. (30 años)
(Freud)

A fines de 1892, un colega de mi amistad me derivó una joven dama a quien él trataba a causa de una rinitis infecciosa de recurrencia crónica. Como después se averiguó, una caries del etmoides era la causa de la rebeldía de su afección. Pero últimamente la paciente había acudido a él por unos síntomas que el versado médico ya no podía atribuir a una afección local. Había perdido por completo la percepción olfativa, y una o dos sensaciones olfatorias que sentía muy penosas la perseguían casi de continuo. Además, andaba abatida, fatigada, se quejaba de pesadez de cabeza, falta de apetito y una disminución en su capacidad de rendimiento.

La joven dama, que vivía en los alrededores de Viena como gobernanta en casa de un director de fábrica, me visitó de tiempo en tiempo en mi consultorio. Era inglesa, de constitución delicada, pigmentación escasa, sana hasta la afección de la nariz. Sus primeras comunicaciones corroboraron las indicaciones del médico. Sufría de desazón y fatiga, la perseguían sensaciones olfatorias subjetivas; en materia de síntomas histéricos, mostraba una analgesia general bastante nítida a pesar de conservar intacta la sensibilidad táctil; el campo visual (a un examen grueso, realizado con la mano) no evidenciaba limitación. La parte interior de la nariz era enteramente análgica y carente de reflejos. Sentía ahí los contactos, pero la percepción de este órgano sensorial estaba por completo cancelada para estímulos específicos así como para otros (amoníaco, ácido acético). El catarro nasal purulento se encontraba justamente en una fase de mejoría.

En el primer empeño de entender el caso clínico no se podía menos que sujetar las sensaciones olfatorias subjetivas, como alucinaciones recurrentes, a la interpretación de que eran unos síntomas histéricos permanentes. La desazón era acaso el afecto correspondiente al trauma, y debía de ser posible hallar una vivencia en la cual estos olores, ahora devenidos subjetivos, hubieran sido objetivos; esa vivencia tenía que ser el trauma, y las sensaciones olfatorias se repetirían como un símbolo de él en el recuerdo. Quizás era más correcto considerar las alucinaciones olfatorias que se repetían,

junto con la desazón concomitante, como un equivalente del ataque histérico; es que la naturaleza de unas alucinaciones recurrentes las vuelve ineptas para el papel de síntomas permanentes. En realidad, ello no interesaba en este caso de rudimentarios contornos; pero sí se requería imprescindiblemente que las sensaciones olfatorias subjetivas mostraran una especialización tal que pudiera corresponder a su origen en un objeto real perfectamente determinado.

Esta expectativa se cumplió pronto. A mi pregunta sobre la clase de olor que más la perseguía, recibí esta respuesta: «Como de pastelillos quemados». Sólo me hizo falta suponer, entonces, que en la vivencia de eficacia traumática realmente había intervenido el olor de pastelillos quemados. Por cierto es bastante insólito que se escojan sensaciones olfatorias para símbolos mnémicos de traumas, pero no resulta difícil indicar un fundamento para esa elección. Como la enferma estaba aquejada de rinitis purulenta, la nariz y sus percepciones pasaron al primer plano de su atención. Acerca de las circunstancias de vida de la enferma, yo sabía sólo que en el hogar cuyos dos hijos estaban a su cargo faltaba la madre, fallecida hacía algunos años de grave enfermedad.

Me resolví entonces a hacer del olor a «pastelillos quemados» el punto de partida del análisis. Contaré la historia de este último como habría podido producirse en circunstancias favorables; de hecho, lo que habría debido ocupar una sesión se extendió a varias, pues la enferma únicamente podía visitarme en las horas de consultorio, cuando yo podía consagrarle poco tiempo, y una sola de esas pláticas abarcaba más de una semana, pues sus obligaciones no le permitían hacer con mucha frecuencia el largo viaje desde la fábrica. Por eso interrumpíamos en mitad de la conversación para retomar el hilo en el mismo lugar la vez siguiente.

Miss Lucy R. no cayó sonámbula cuando intenté hipnotizarla. Renuncié entonces al sonambulismo e hice todo el análisis con ella en un estado que se distinguiría apenas del normal.

Debo manifestarme con más detalle acerca de este punto de mi técnica. Cuando en 1889 visité la clínica de Nancy, escuché decir al decano de la hipnosis, el doctor Liébeault: «¡Ah! Si poseyéramos los medios para poner en estado de sonambulismo a todas las personas, la terapia hipnótica sería la más poderosa». En la clínica de Bernheim, parecía casi como si realmente existiera un arte de esa índole y se lo pudiera aprender de él. Pero al intentar practicarlo con mis

propios enfermos, noté que por lo menos *mis* fuerzas en este terreno se movían dentro de estrechos límites, y que si un paciente no caía sonámbulo después de uno a tres intentos, yo no poseía medio alguno para conseguirlo. Además, en mi experiencia el porcentaje de quienes alcanzaban el sonambulismo era mucho menor que el indicado por Bernheim.

Así me encontré frente a la opción de abandonar el método catártico en la mayoría de los casos que podían ser aptos para él, o intentar aplicarlo fuera del sonambulismo allí donde el influjo hipnótico era leve o aun dudoso. Me pareció indiferente qué grado de hipnosis —según una escala construida *ad hoc*— correspondiera a ese estado no sonámbulo; en efecto, cada línea de sugestionabilidad es de todo punto independiente de las otras, y la posibilidad de provocar catalepsia, movimientos automáticos, etc., nada presuponía en favor de que resultara más fácil despertar recuerdos olvidados como los que me hacían falta. Así, pronto me deshabitué a emprender aquellos ensayos destinados a determinar el grado de la hipnosis, pues en toda una serie de casos ponían en movimiento la resistencia de los enfermos y me arruinaban la confianza de que yo necesitaba para el trabajo psíquico más importante. Además, a poco andar me cansó escuchar una y otra vez, tras el aseguramiento y la orden: «Usted se dormirá; ¡duérmase!», esta respuesta en los grados más leves de hipnosis: «Pero, doctor, si no me duermo»; y verme obligado luego a aducir este espinoso distingo: «No me refiero al sueño corriente, sino a la hipnosis. Vea usted: está hipnotizado, no puede abrir los ojos, etc. Por otra parte, no necesito que se duerma», y otras cosas de este tenor. Estoy convencido, claro está, de que muchos de mis colegas en la psicoterapia saben salir del paso de estas dificultades con más habilidad que yo; pueden entonces proceder de otro modo. Pero, a mi criterio, si uno sabe que tan a menudo el uso de cierta palabra puede depararle perplejidad, hará bien en dejar de lado la palabra y la perplejidad. Entonces, cuando al primer intento no se obtenía sonambulismo o un grado de hipnosis con alteración corporal manifiesta, abandonaba en lo aparente la hipnosis, sólo demandaba «concentración» y, para conseguir esta, ordenaba acostarse de espaldas y cerrar voluntariamente los ojos. Acaso con ello se alcanzaban grados de hipnosis todo lo profundos que podían lograrse, y con poco trabajo.

Pero al renunciar al sonambulismo me perdía quizás una condición previa sin la cual el método catártico parecía inaplicable. Ella consistía en que en el estado de conciencia alterado los enfermos disponían de unos recuerdos y discer-

nían unos nexos que presuntamente no estaban presentes en su estado de conciencia normal. Toda vez que faltara el ensanchamiento sonámbulo de la memoria, debía de estar ausente también la posibilidad de establecer una destinación causal que el enfermo no ofrecería al médico como algo que le fuera notorio y familiar; y justamente los recuerdos patógenos están «ausentes de la memoria de los enfermos en su estado psíquico habitual, o están ahí presentes sólo de una manera en extremo sumaria» («Comunicación preliminar») [*supra*, pág. 35].

De esta nueva perplejidad me sacó el recordar que le había visto al propio Bernheim producir la prueba de que los recuerdos del sonambulismo sólo en apariencia están olvidados en el estado de vigilia y se los puede volver a convocar por medio de una leve admonición, enlazada con un artificio destinado a marcar un estado de conciencia otro. Por ejemplo, había impartido a una sonámbula la alucinación negativa de que él ya no estaba presente, y después intentó hacérsele notar por los más diversos medios y desconsiderados ataques. No lo consiguió. Ya despierta la enferma, le exigió saber qué había emprendido con ella mientras creía que él no estaba ahí. Respondió, asombrada, que nada sabía, pero él no cedió, le aseguró que se acordaría de todo, le puso la mano sobre la frente para que recordase, y hete ahí que al fin ella contó todo lo que supuestamente no había percibido en el estado sonámbulo y de lo cual supuestamente nada sabría en el estado de vigilia.

Ese experimento asombroso e instructivo me sirvió de modelo. Me resolví a partir de la premisa de que también mis pacientes sabían todo aquello que pudiera tener una significatividad patógena, y que sólo era cuestión de constreñirlos a comunicarlo. Así, cuando llegaba a un punto en que a la pregunta: «¿Desde cuándo tiene usted este síntoma?» o «¿A qué se debe eso?», recibía por respuesta: «Realmente no lo sé», procedía de la siguiente manera: Ponía la mano sobre la frente del enfermo, o tomaba su cabeza entre mis manos, y le decía: «Ahora, bajo la presión de mi mano, se le ocurrirá. En el instante en que cese la presión, usted verá ante sí algo, o algo se le pasará por la mente como súbita ocurrencia, y debe capturarlo. Es lo que buscamos. — Pues bien; ¿qué ha visto o qué se le ha ocurrido?».

La primera vez que apliqué este procedimiento (no fue con Miss Lucy R.),[1] yo mismo quedé asombrado de que me

[1] [Freud parece haber utilizado por primera vez la «técnica de la presión sobre la frente» con Elisabeth von R. (cf. pág. 160), aun-

brindara justamente lo que me hacía falta, y puedo decir que desde entonces apenas si alguna vez me dejó en la estacada; siempre me indicó el camino que mi exploración debía seguir; además, me posibilitó llevar adelante, sin sonambulismo, todos los análisis de esa índole. Poco a poco me volví tan osado que a los pacientes cuya respuesta era: «No veo nada» o «No se me ha ocurrido nada», les declaraba: «No es posible. Sin duda que usted se ha enterado de lo correcto, sólo que no creyó que fuera eso, y lo desestimó. Repetiré el procedimiento todas las veces que usted quiera, siempre verá lo mismo». Resultaba siempre que yo tenía razón; los enfermos todavía no habían aprendido a dejar reposar su crítica, habían desestimado el recuerdo aflorante o la ocurrencia porque los consideraron inservibles, una perturbación entremetida, y después que la comunicaron se vio en todos los casos que era lo correcto. A veces recibía también por respuesta, tras arrancar la comunicación a la tercera o cuarta presión: «Sí, ya lo supe desde la primera vez, pero justamente a eso no he querido decirlo», o «Esperaba que no fuera eso».

que lo que afirma en la página a que remitimos no nos ofrece total certidumbre. Aparte de ese pasaje y del que motiva la presente nota, se hallarán otras descripciones del procedimiento en págs. 167-8, y 277 y sigs. Hay entre ellas leves incongruencias. Aquí, se le dice a la paciente que verá algo o tendrá una ocurrencia «en el instante en que cese la presión»; en la pág. 160, que ello ocurriría «en el momento de la presión», y en la pág. 277, que sucedería «mientras dure esa presión y al cabo de ella». — No se sabe con certeza cuándo abandonó Freud esta técnica; sin duda lo había hecho antes de 1904, pues en su contribución de esa fecha para el libro de Loewenfeld sobre los fenómenos obsesivos destaca expresamente que «evita todo contacto» con sus pacientes (Freud, 1904*a*, *AE*, **7**, pág. 238). Pero aparentemente ya había renunciado a ella antes de 1900, porque no la menciona en absoluto en la breve descripción de su procedimiento que hace en *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **4**, pág. 122. Digamos de paso que en este último fragmento aún recomienda que el paciente mantenga sus ojos cerrados durante el análisis; este resto postrero (aparte del yacer acostado) del método hipnótico primitivo fue también expresamente desautorizado en su contribución para el libro de Loewenfeld. En relación con la técnica de la presión sobre la frente, véase también «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*), *AE*, **3**, pág. 177. — Disponemos de datos bastante precisos acerca del período en el cual Freud utilizó la hipnosis propiamente dicha. En su carta a Fliess del 28 de diciembre de 1887 (Freud, 1950*a*, Carta 2), le escribe: «En las últimas semanas he emprendido la hipnosis», en tanto que en el curso de una conferencia pronunciada en el Medizinisches Doktorencollegium {Colegio de Médicos} de Viena el 12 de diciembre de 1904, titulada «Sobre psicoterapia» (1905*a*), declaró: «Hace ya ocho años que no practico la hipnosis con fines terapéuticos (salvo intentos aislados)» (*AE*, **7**, pág. 250). En consecuencia, recurrió a la hipnosis aproximadamente entre los años 1887 y 1896.]

Esta manera de ensanchar la conciencia presuntamente estrechada era trabajosa, al menos mucho más que la exploración en el sonambulismo. Pero me permitió independizarme de este último y me procuró una intelección acerca de los motivos que son con frecuencia decisivos para el «olvido» de recuerdos. Puedo aseverar que ese olvido es a menudo deliberado, deseado. Y siempre, sólo *en apariencia* es logrado.

Me pareció quizá todavía más asombroso que mediante un procedimiento similar uno pudiera reproducir cifras y fechas supuestamente olvidadas desde mucho tiempo atrás, demostrándose de tal modo una insospechada fidelidad de la memoria.

El hecho de que en la busca de cifras y fechas se tenga una opción muy limitada permite recurrir a la tesis con que nos ha familiarizado la doctrina sobre la afasia, a saber, que reconocer es para la memoria una operación menor que acordarse espontáneamente.[2] Así, al paciente que no puede recordar el año, mes y día en que ocurrió cierto suceso, uno le dice los años que pueden haber sido, los nombres de los doce meses y las cifras de los treinta y un días del mes, y le asegura que ante la cifra o el nombre correctos los ojos se le abrirán solos, o que sentirá cuál es el número correcto. En la enorme mayoría de los casos los enfermos realmente se deciden por una fecha determinada, y con harta frecuencia (así, en la señora Cäcilie M.) se puede demostrar que la fecha era la correcta por anotaciones hechas en la época en cuestión. En otras ocasiones y diferentes enfermos, la trama de los hechos recordados permitió colegir que la fecha así hallada era inobjetable. Por ejemplo, la enferma apuntaba, después que uno le había presentado la fecha obtenida mediante ese «recuento»: «Es el cumpleaños de mi padre», y luego proseguía: «Claro, como era el cumpleaños de mi padre, yo esperé el suceso del que hablábamos».

Aquí sólo puedo rozar este tema. La conclusión que extraje de todas esas experiencias fue que las vivencias de importancia patógena, con todas sus circunstancias accesorias, son conservadas fielmente por la memoria aun donde parecen olvidadas, donde al enfermo le falta la capacidad para acordarse de ellas.[3]

[2] [Freud había escrito no mucho antes su libro sobre las afasias (1891*b*).]

[3] A modo de ejemplo de la técnica antes descrita de exploración en estado no sonámbulo, vale decir, no en estado de conciencia ensanchada, referiré un caso que acabo de analizar en los últimos días. Trato a una señora de treinta y ocho años, que padece de neurosis

de angustia (agorafobia, ataques de angustia de muerte, etc.). Como tantas de estas enfermas, tiene aversión a admitir que adquirió este padecimiento en su vida matrimonial y preferiría hacerlo remontar a su temprana juventud. Me informa, pues, que a los diecisiete años le sobrevino el primer ataque de vértigo con angustia y sensación de desmayo, yendo por las calles de su pequeña ciudad natal. Y dice que tales ataques se le han repetido de tiempo en tiempo hasta que hace unos pocos años dejaron sitio al padecer de ahora. Conjeturo que esos primeros ataques de vértigo, en los que la angustia se borró cada vez más, eran histéricos, y me resuelvo a entrar en su análisis. Para empezar, sólo sabe que ese primer ataque la sorprendió mientras había ido de compras a las tiendas de la avenida principal. — «¿Qué se proponía usted comprar?». — «Diversas cosas, creo, para un baile al que me habían invitado». — «¿Cuándo se realizaría ese baile?». — «Se me antoja que dos días después». — «Entonces, por fuerza, algunos días antes sucedió algo que a usted la emocionó, que le causó impresión». — «Pero yo nada sé, han pasado ya veintiún años». — «Eso no importa. A pesar de ello, usted se acordará. Le presionaré la cabeza, y cuando relaje mi presión usted pensará en algo o verá algo, y lo dirá entonces...». Pongo en práctica el procedimiento, pero ella guarda silencio. — «Pues bien, ¿no se le ha ocurrido nada?». — «He pensado en algo, pero no puede tener ninguna relación con ello». — «Dígalo, sin embargo». — «He pensado en una amiga, una muchacha joven que ha muerto; pero ella falleció cuando yo tenía dieciocho años, o sea un año después». — «Ya veremos; ahora demorémonos en esto. ¿Qué había con esa amiga?». — «Su muerte me sacudió mucho porque la frecuentaba con asiduidad. Unas semanas antes había muerto otra joven muchacha, por lo cual hubo mucho alboroto en la ciudad; entonces, sin embargo, eso fue cuando yo tenía diecisiete años». — «¿Lo ve usted? Ya le dije que se puede confiar en las cosas que a uno se le ocurren bajo la presión de la mano. ¿Se acuerda ahora de qué pensamiento se le pasó por la cabeza cuando tuvo el ataque de vértigo por la calle?». — «No hubo ahí ningún pensamiento, sólo un vértigo». — «No es posible, tales estados no se presentan sin una idea que los acompañe. La volveré a presionar, y le acudirá otra vez el pensamiento de entonces... Bien; ¿qué se le ha ocurrido?». — «Se me ha ocurrido: "Ahora soy la tercera"». — «¿Qué significa eso?». — «Debo de haber pensado, a raíz del ataque de vértigo: "Ahora me muero yo también, como las otras dos jóvenes muchachas"». — «Esa fue, pues, la idea; en el ataque usted pensó en su amiga. Es fuerza entonces que su muerte le hubiera causado una gran impresión». — «Sí, por cierto, ahora me acuerdo; cuando oí hablar de su muerte me resultó terrible que yo estuviera por ir a un baile mientras que ella estaba muerta. Pero me sentía muy contenta con el baile y estaba ocupadísima con la invitación; no he querido pensar en el triste suceso». (Adviértase en este punto la represión deliberada que desaloja de la conciencia el recuerdo de la amiga, volviéndolo patógeno.)

Ahora el ataque está esclarecido en alguna medida, pero aún me hace falta un factor ocasional que provocara al recuerdo justamente entonces, y por dicha me formo sobre eso una acertada conjetura. — «¿Recuerda con precisión la calle por la cual caminaba en ese momento?». — «Sin duda, era la avenida principal con sus viejas casas, la veo ante mí». — «Y bien, ¿dónde vivía su amiga?». — «En la misma calle, acababa de pasar por ahí; dos casas más adelante me vino el ataque». — «Entonces, la casa, mientras usted pa-

Tras esta larga pero indispensable digresión vuelvo a la historia de Miss Lucy R. Como dije, en el intento de hipnosis no cayó en sonambulismo, sino que yacía meramente en calma, en algún grado de influjo más leve, los ojos de continuo cerrados, el gesto algo rígido, sin mover los miembros. Le pregunté si recordaba la ocasión en que se había generado la sensación olfatoria de los pastelillos quemados. — «¡Oh, sí! Lo sé con toda precisión. Fue hace unos dos meses, dos días antes de mi cumpleaños. Estaba con los niños en el aula, y jugaba con ellos (eran dos niñas) a cocinar; de pronto traen una carta que acababa de entregar el cartero. Por el sello postal y la letra manuscrita en el sobre discierno que la carta es de mi madre, desde Glasgow; quise abrirla y leerla. Entonces las niñas se abalanzan sobre mí, me arrebatan la carta de la mano y exclaman: "¡No, no puedes leerla ahora, es sin duda para tu cumpleaños, nosotras te la guardaremos!". Mientras las niñas jugaban así conmigo, se difundió de pronto un intenso olor. Las niñas habían abandonado los pastelillos que cocinaban, y se habían quemado. Desde entonces me persigue ese olor, en verdad está siempre ahí y se vuelve más fuerte cuando estoy emocionada». — «¿Ve usted nítidamente ante sí esa escena?». — «De manera palpable, tal como la he vivenciado». — «¿Qué pudo en ella haberla emocionado tanto?». — «Me tocó la ternura que las niñas me demostraban». — «¿No eran siempre tan

saba, le recordó a su amiga muerta, y de nuevo le atrapó a usted el contraste del que por entonces no quería saber nada».

Pero todavía no me doy por satisfecho. Quizás hubo en juego algo más que despertó o reforzó la predisposición histérica de esta muchacha hasta entonces normal. Mis conjeturas se dirigen a la indisposición periódica como factor apropiado para ello, y pregunto: «¿Sabe usted en qué momento de ese mes le vino el período?». — Y ella, contrariada: «¿Debo saber también eso? Sólo sé que por esa época era muy raro y muy irregular. Cuando yo tenía diecisiete años me vino una vez sola». — «Entonces enumeraremos, para averiguar cuándo fue esa sola vez». — En la enumeración se decide con seguridad por un mes, y vacila entre dos días inmediatamente anteriores a una fecha que corresponde a una fiesta fija. — «¿Coincide de algún modo con la época del baile?». — Ella responde a media voz: «El baile se realizaba... ese día de fiesta. Y ahora lo recuerdo también: me impresionó que el único período que tuviera ese año debiera producirse justo antes del baile. Era el primero al que me habían invitado».

Ahora no resulta difícil reconstruir la trama de los episodios y penetrar el mecanismo de ese ataque histérico. Fue bastante trabajoso obtener ese resultado e hicieron falta la plena confianza en la técnica, de parte mía, y algunas ocurrencias orientadoras, para volver a evocar tales detalles de una vivencia olvidada de veintiún años antes, por parte de una paciente incrédula que en verdad se encontraba en estado de vigilia. Pero todo armonizó entre sí.

tiernas?». — «Sí, pero yo acababa de recibir la carta de mi madre». — «No comprendo en qué sentido la ternura de las niñas y la carta de la madre formarían ese contraste al que usted, empero, parece apuntar». — «Es que yo tenía el propósito de viajar para visitar a mi madre, y me pesaba muchísimo abandonar a estas queridas niñas». — «¿Qué ocurría con su madre? ¿Acaso vive sola y la llamó a usted a su lado? ¿O estaba enferma y usted esperaba noticias de ella?». — «No, ella tiene mala salud pero no está justamente enferma, y tiene una dama de compañía». — «Entonces, ¿por qué abandonaría usted a las niñas?». — «No se aguantaba más en la casa. El ama de llaves, la cocinera y la institutriz parecen haber creído que me ensoberbecía en mi puesto; se han unido en una pequeña intriga contra mí: le murmuraron todo lo que pudieron sobre mí al abuelo (de las niñas), y yo no encontré en los dos señores el apoyo que había esperado cuando llevé a ellos mi queja. Por eso anuncié mi renuncia al señor director (el padre de las niñas); él respondió muy amistosamente que debía tomarme dos semanas para reflexionar antes de comunicarle mi decisión definitiva. En ese período de vacilación me encontraba yo entonces; yo creía que abandonaría la casa. He permanecido en ella después». — «Pero, ¿hay algo en particular que la ate a las niñas, además de la ternura que le muestran?». — «Sí; había prometido en su lecho de muerte a la madre de ellas, que era parienta lejana de la mía, ocuparme con todas mis fuerzas de las pequeñas, no abandonarlas, y sustituirles la madre. De haber dado preaviso habría roto esa promesa».

Así parecía completo el análisis de la sensación olfatoria subjetiva; de hecho, esta había sido objetiva en su momento, y además asociada íntimamente con una vivencia, una pequeña escena, en que libraron batalla encontrados afectos: la lástima por abandonar a las niñas y las afrentas que empero la empujaban a tomar esa decisión. Es comprensible que la carta de la madre, puesto que ella pensaba irse de aquí a casa de su madre, le recordara los motivos de esta decisión. El conflicto de los afectos había elevado ese factor a la condición de trauma, y como símbolo de este permaneció la sensación olfatoria que se había conectado con él. No obstante, todavía hacía falta explicar que entre todas las percepciones sensoriales de aquella escena hubiera escogido como símbolo justamente un olor. Pero yo ya estaba preparado para utilizar en esa explicación la enfermedad crónica de su nariz. Por otra parte, ante mi pregunta directa ella indicó que en ese tiempo padecía otra vez un resfriado tan violento que apenas conservaba olfato. Sin embargo, en

su excitación percibió el olor de los pastelillos quemados, que se impuso sobre la anosmia de fundamento orgánico.

No me contenté con el esclarecimiento así obtenido. Todo sonaba muy verosímil, pero me faltaba algo, una razón aceptable para que esa serie de excitaciones y esa querella de los afectos tuviera que llevar justamente a la histeria. ¿Por qué no había permanecido todo en el terreno de la vida anímica normal? Con otras palabras, ¿qué justificaba la conversión ahí presente? ¿Por qué no se acordaba de continuo de la escena misma en vez de recordar la sensación enlazada a ella, a la cual privilegiaba como símbolo del recuerdo? Tales preguntas habrían sido impertinentes y ociosas si se tratara de una histérica de antigua data, en quien aquel mecanismo de la conversión fuera habitual. Pero esta muchacha sólo había adquirido histeria como consecuencia de ese trauma o, al menos, como consecuencia de esa pequeña historia de padecimiento.

Por el análisis de casos parecidos, yo sabía ya que si una histeria es de nueva adquisición hay una condición psíquica indispensable para ello: *que una representación sea reprimida* {desalojada} *deliberadamente de la conciencia* [cf. pág. 36*n*.], excluida del procesamiento asociativo. En esta represión deliberada veo también el fundamento para la conversión de la suma de excitación, sea ella total o parcial. La suma de excitación no destinada a entrar en asociación psíquica halla, tanto más, la vía falsa hacia una inervación corporal. En cuanto al fundamento de la represión misma, sólo podía ser una sensación de displacer, la inconciliabilidad {*Unverträglichkeit*} de la idea por reprimir con la masa de representaciones dominante en el yo. Ahora bien, la representación reprimida se venga volviéndose patógena.

Entonces, del hecho de que Miss Lucy R. hubiera caído presa de la conversión histérica en aquel momento yo extraje la conclusión de que entre las premisas de ese trauma tenía que haber *una* que ella deliberadamente quisiera dejar en la oscuridad, que se empeñara por olvidar. Si uno compaginaba la ternura hacia las niñas y la animadversión hacia las otras personas de la casa, esto sólo admitía *una* interpretación. Tuve la osadía de comunicársela a la paciente. Le dije: «No creo que esas sean todas las razones de su sentimiento hacia las dos niñas; más bien conjeturo que usted está enamorada de su patrón, el director, acaso sin saberlo usted misma; creo que alimenta en su alma la esperanza de ocupar de hecho el lugar de la madre, y que a eso se debe, además, que se haya vuelto tan suspicaz hacia el personal de servicio, con el cual ha convivido en paz durante tanto

tiempo. Usted tiene miedo de que noten algo de su esperanza y se le mofen por ello».

He aquí su respuesta, con su modo lacónico: «Sí, creo que es así». — «Pero si usted sabía que amaba al director, ¿por qué no me lo dijo?». — «Es que yo no lo sabía o, mejor, no quería saberlo; quería quitármelo de la cabeza, no pensar nunca más en ello, y aun creo que en los últimos tiempos lo había conseguido».[4] — «¿Por qué no quería confesarse usted esa inclinación? ¿Le daba vergüenza amar a un hombre?». — «¡Oh, no! No soy una irracional mojigata, una no es responsable de sus sentimientos. Pero ello me resultaba penoso sólo porque él es el patrón a cuyo servicio estoy, en cuya casa vivo, y respecto de quien yo no siento en mi interior, como hacia otro cualquiera, una independencia total. Y porque yo soy una muchacha pobre y él es un hombre rico de buena familia; se me reirían si vislumbraran algo de esto».

Ahora no encuentro en ella resistencia alguna para iluminar la génesis de esa inclinación. Cuenta que durante los primeros años vivió despreocupada en la casa y desempeñaba sus deberes sin caer en unos deseos incumplibles. Pero cierta vez ese señor serio, recargado de ocupaciones, de ordinario reservado hacia ella, le inició plática acerca de los reclamos de la educación infantil. Se puso más suave y simpático que lo habitual, le dijo cuánto esperaba de ella para el cuidado de sus hijas huérfanas, y en eso la miraba de una manera particular. (. . .) En ese momento ella empezó a amarlo y de muy buena gana se entregó a la alentadora esperanza que había sacado de aquella plática. Sólo cuando luego no hubo nada más, cuando ella aguardó perseverante y no llegó ninguna segunda sesión de cambio familiar de ideas, se resolvió a quitarse la cosa de la mente. Me da toda la razón en cuanto a que aquella mirada que él le arrojó en la plática iba consagrada a la memoria de su esposa muerta, y también

[4] Nunca he logrado mejor descripción del curioso estado en que uno sabe algo y al mismo tiempo no lo sabe. Evidentemente, sólo se lo puede comprender si uno mismo se ha hallado en un estado así. Poseo un muy llamativo recuerdo de esta índole, que tengo vívido ante los ojos. Cuando me empeño en recordar qué pasaba entonces en mi interior, es harto magro mi botín. Vi esa vez algo que en modo alguno se adecuaba a mi expectativa, pero lo visto no me apartó en nada de mi decidido propósito, cuando en verdad esa percepción habría debido cancelarlo. No devine conciente de la contradicción, y tampoco noté nada del afecto de la repulsión, que, empero, tuvo que ser el culpable de que aquella percepción no alcanzara ningún valimiento psíquico. Viendo con mis ojos, fui presa de aquella cegüera que tanto nos asombra en la actitud de las madres hacia sus hijas, de los maridos hacia sus esposas, de los señores hacia sus favoritos.

tiene bien en claro que su inclinación carece de toda perspectiva.

De esta conversación yo esperaba un cambio radical de su estado, que por el momento no se produjo. Siguió oprimida y desazonada; una cura hidropática que le hice tomar al mismo tiempo la reanimó un poco por las mañanas; el olor a pastelillos quemados no había desaparecido del todo, pero sí se había vuelto más raro y débil; como ella decía, sólo le llegaba estando muy emocionada. La persistencia de este símbolo mnémico me hizo conjeturar que él, además de la escena principal, había recogido en sí la subrogación de múltiples y pequeños traumas colaterales; entonces nos pusimos a explorar cuanto pudiera guardar relación con la escena de los pastelillos quemados, recorrimos el tema de los roces en la casa, el comportamiento del abuelo, etc. La sensación del olor a chamusquina iba desapareciendo más y más. En este punto sobrevino una interrupción más prolongada a causa de una nueva afección nasal, que llevó al descubrimiento de la caries del etmoides [pág. 124].

Al reaparecer, me informó que para Navidad había recibido muchísimos regalos de ambos señores, y aun del personal de servicio de la casa, como si todos se afanaran por reconciliarse con ella y borrar el recuerdo de los conflictos de los últimos meses. Pero esta manifiesta solicitud no le había hecho impresión alguna.

Cuando volví a preguntarle otra vez por el olor a pastelillos quemados, me anoticié de que había desaparecido por completo, sólo que en su remplazo la torturaba otro olor similar, como de humo de cigarro. Le parecía que este ya había estado ahí desde antes, pero como cubierto por el olor de los pastelillos. Me dijo que ahora había surgido puro.

No estaba yo muy satisfecho con el resultado de mi terapia. Había ocurrido lo que se suele imputar a una terapia meramente sintomática: se había removido un síntoma sólo para que uno nuevo pudiera situarse en el lugar despejado. A pesar de ello, me dispuse a la eliminación analítica de este nuevo símbolo mnémico.

Pero esta vez ella no sabía de dónde provenía esa sensación olfatoria subjetiva; no sabía en qué oportunidad importante había sido objetiva. «En casa todos los días se fuma —dijo—; en realidad no sé si el olor que siento significa una oportunidad particular». Entonces yo me obstiné en que intentara acordarse bajo la presión de mi mano. Ya he consignado que sus recuerdos tenían vividez plástica, que ella era una «visual». Y, de hecho, bajo mi esforzar {*Drängen*} le afloró una imagen, al comienzo vacilante y sólo

fragmentaria. Era el comedor de su casa, donde aguardaba con las niñas a que los señores vinieran de la fábrica para el almuerzo. — «Ahora todos nos sentamos en torno de la mesa: los señores, la institutriz francesa, el ama de llaves, las niñas y yo. Pero es como todos los días». — «No hace falta sino que usted siga mirando la imagen, ella se desarrollará y especificará». — «Sí, ahí hay un huésped, el jefe de contaduría, un señor mayor que ama a las niñas como si fueran sus nietecitas; pero esto sucede harto a menudo a mediodía, tampoco hay ahí nada de particular». — «Tenga usted paciencia, siga mirando la imagen, sin duda surgirá algo». — «No sucede nada. Nos levantamos de la mesa, las niñas deben despedirse e ir luego con nosotros, como todos los días, al segundo piso». — «¿Y entonces?». — «Y, sin embargo, es esta una oportunidad particular; ahora reconozco la escena. Cuando las niñas se despiden, el jefe de contaduría quiere besarlas. El señor se sobresalta {*auffahren*} y le espeta directamente: "¡No se besa a las niñas!". Eso me clava una espina en el corazón, y como los señores ya estaban fumando, permanece en mi memoria el olor a cigarro».

Esa era, pues, la segunda escena, situada a mayor profundidad, que había tenido el efecto de un trauma y dejado como secuela un símbolo mnémico. Pero, ¿a qué se debía la eficacia de esa escena? Pregunté: «¿Cuál de estas escenas fue anterior en el tiempo, esta o la de los pastelillos quemados?». — «La segunda escena {la que acaba de contarle} es la primera, y por casi dos meses». — «¿Y por qué esta defensa del padre le clavó a usted una espina? La reprimenda no se dirigía contra usted». — «Pero no era justo atropellar {*anfahren*} así a un señor mayor, que es un amigo querido y por añadidura huésped. Uno no puede decirlo tranquilamente». — «Entonces, ¿sólo la lastimó la forma violenta de su patrón? ¿Se avergonzó por él, o acaso pensó: "Si por una pequeñez así puede ser tan violento con un viejo amigo y huésped, cuánto más no lo sería conmigo si yo fuera su mujer"?». — «No, no es eso». — «¿Entonces fue por la violencia?». — «Sí, por el besar a las niñas, nunca le gustó». — Y hete aquí que reaflora, bajo la presión de mi mano, el recuerdo de una escena todavía más antigua, que fue el trauma genuinamente eficaz y había prestado eficacia traumática también a la escena con el jefe de contaduría.

Lo mismo había sucedido meses antes; una dama amiga de la familia vino a visitarlos y al despedirse besó a las dos niñas en la boca. El padre, que estaba presente, se dominó para no decir nada a la dama, pero ida esta descargó su cólera sobre la desdichada gobernanta. Le declaró que la hacía

responsable si alguien llegaba a besar a las niñas en la boca; era su deber no tolerarlo, y faltaba a sus obligaciones si lo consentía. Si volvía a ocurrir, confiaría a otras manos la educación de las niñas. Era la época en que aún se creía amada y esperaba una repetición de aquel coloquio amistoso. Esta escena pulverizó sus esperanzas. Se dijo: «Si por una cuestión tan pequeña, y en la que además yo soy por entero inocente, puede desatarse {*losfahren*} contra mí de ese modo, puede decirme tales amenazas, yo me he equivocado, nunca ha tenido un sentimiento más cálido hacia mí. Este le habría impuesto miramientos». — Evidentemente, fue el recuerdo de esa penosa escena el que le acudió cuando el jefe de contaduría quiso besar a las niñas y el padre lo reprendió por ello.

Cuando Miss Lucy volvió a visitarme dos días después de este último análisis, no pude menos que preguntarle qué le había sucedido de grato. Estaba como trasformada, sonreía y llevaba la cabeza erguida. Por un instante llegué a pensar que había apreciado erróneamente la situación, y que la gobernanta de las niñas era ahora la novia del director. Pero ella aventó {*abwehren*} mis conjeturas: «No ha sucedido absolutamente nada. Es que usted no me conoce, sólo me ha visto enferma y desazonada. De ordinario soy muy alegre. Al despertarme ayer por la mañana, la opresión se me había quitado y desde entonces estoy bien». — «¿Y qué opinión tiene sobre sus perspectivas en la casa?». — «Estoy bien en claro, sé que no tengo ninguna, y ello no me hará desdichada». — «¿Y se llevará bien ahora con el personal doméstico?». — «Creo que mi susceptibilidad tuvo la mayor parte en ello». — «¿Y ama todavía al director?». — «Sí, por cierto, lo amo, pero ya no me importa nada. Una puede pensar y sentir entre sí lo que una quiera».

Examino ahora su nariz y hallo que han retornado casi por completo su sensibilidad al dolor y sus reflejos; también distingue los olores, pero de manera insegura y sólo cuando son algo más intensos. Me veo precisado a dejar abierto el problema de saber en qué medida la enfermedad de la nariz participaba en esa anosmia.

El tratamiento en su conjunto había abarcado nueve semanas. Cuatro meses después me topé con la paciente por casualidad en uno de nuestros lugares de veraneo. Estaba alegre y confirmó la perduración de su bienestar.

Epicrisis

Yo no menospreciaría el caso clínico aquí referido, por más que corresponda a una histeria pequeña y leve y disponga sólo de unos pocos síntomas. Por lo contrario, me parece aleccionador que también contraer una enfermedad así, pobre como neurosis, necesite de tantas premisas psíquicas; y en una apreciación más detenida de este historial clínico estoy tentado de postularlo como arquetípico de una clase de histeria, a saber: aquella forma que puede ser adquirida, en virtud de vivencias *apropiadas*, hasta por una persona sin lastre hereditario. Bien visto, no hablo de una histeria que sería independiente de toda predisposición; es probable que no haya una histeria tal. Pero de esa clase de predisposición sólo hablamos cuando la persona ya ha devenido histérica; antes de ello, nada la ha revelado. Una predisposición neuropática como de ordinario se la entiende es algo diverso; está comandada, ya antes que se contraiga la enfermedad, por la medida de tara hereditaria o la suma de anormalidades psíquicas individuales. Hasta donde yo estoy enterado, nada de estos dos factores se registraba en Miss Lucy R. Es lícito, pues, llamar «adquirida» a su histeria, y esta no presupone más que la aptitud, probablemente muy difundida... a adquirir una histeria, aptitud de cuya caracterización apenas si estamos sobre el rastro. Ahora bien, en tales casos el centro de gravedad se sitúa en la naturaleza del trauma, desde luego que en su nexo con la reacción de la persona frente a él. Demuestra ser condición indispensable para adquirir la histeria que entre el yo y una representación que se le introduce se genere la relación de la inconciliabilidad. Espero poder mostrar en otro lugar cómo diferentes perturbaciones neuróticas provienen de los diversos procedimientos que emprende el «yo» para librarse de aquella inconciliabilidad.[5] Y la modalidad histérica de la defensa —modalidad para la cual se requiere una particular aptitud— consiste en la *conversión* de la excitación en una inervación corporal; la ganancia de esto es que la representación inconciliable queda esforzada afuera {*drängen aus*} de la conciencia yoica. A cambio, la conciencia yoica conserva la reminiscencia corporal generada por conversión —en nuestro caso, las

[5] [Freud esbozó la distinción entre los mecanismos psíquicos propios de la histeria, la neurosis obsesiva y la paranoia en una comunicación a Fliess del 1º de enero de 1896 (Freud, 1950*a*, Manuscrito K), *AE*, **1**, págs. 260-9; ese mismo año, en el mes de mayo, dio a publicidad esos hallazgos en «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*).]

sensaciones olfatorias subjetivas— y padece bajo el afecto que, con mayor o menor nitidez, se anuda justamente a esas reminiscencias. La situación así creada ya no experimenta más alteraciones; en efecto, la contradicción que habría propendido al trámite del afecto ha sido cancelada ya por represión y conversión. Así, el mecanismo por el cual se produce la histeria corresponde, por una parte, a un acto de pusilanimidad moral y, por la otra, se presenta como un dispositivo protector de que el yo dispone. En muchos casos uno se ve precisado a admitir que la defensa frente al incremento de excitación por medio de la producción de una histeria fue, a la sazón, lo más acorde al fin; más a menudo, desde luego, uno llegará a la conclusión de que una medida mayor de coraje moral habría sido ventajosa para el individuo.

Según lo dicho, el momento genuinamente traumático es aquel en el cual la contradicción se impone al yo y este resuelve expulsar la representación contradictoria. Tal expulsión no la aniquila, sino que meramente la esfuerza a lo inconciente [cf. pág. 68*n.*]; y si este proceso sobreviene por primera vez, establece un centro nuclear y de cristalización para que se forme un grupo psíquico divorciado del yo, en torno del cual en lo sucesivo se reunirá todo lo que tenga por premisa aceptar la representación impugnada. La escisión de la conciencia en estos casos de histeria adquirida es entonces intencional, deliberada, y, al menos con frecuencia, introducida por un acto voluntario. En verdad, lo que sucede es diverso de lo que el individuo se proponía; pretendía cancelar una representación como si nunca hubiera aparecido, pero sólo consigue aislarla psíquicamente.

En la historia de nuestra paciente, el momento traumático corresponde a la escena que le hizo el director por el beso a las niñas. Pero esa escena permanece por un tiempo sin efecto visible; acaso empezaron con ella la desazón y la animosidad, no lo sé: los síntomas histéricos se generaron sólo después, en momentos que uno designaría «auxiliares»[6] y caracterizaría diciendo que en ellos, como en la conciencia sonámbula ensanchada, confluyen temporariamente los dos grupos psíquicos divorciados. El primero de esos momentos, en el que se produjo la conversión, fue en Miss Lucy R. la escena de la mesa, cuando el jefe de contaduría quiso besar a las niñas. Aquí co-jugó el recuerdo traumático, y ella se comportó como si todo lo que se refería a su inclinación hacia su patrón no se hubiera arruinado ya. En otros histo-

[6] [Esos momentos traumáticos «auxiliares» ya habían sido examinados en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *AE*, **3**, pág. 51.]

riales clínicos, estos diversos momentos coinciden, la conversión acontece de manera inmediata bajo la injerencia del trauma.

El segundo momento auxiliar repite con bastante exactitud el mecanismo del primero. Una impresión intensa restablece provisionalmente la unidad de la conciencia y la conversión recorre el mismo camino que se le abrió la primera vez. Es interesante que el síntoma generado en el segundo tiempo cubra al primero, de modo que este último no es sentido con claridad hasta no ser removido aquel. Digna de nota me parece, además, la inversión de la secuencia temporal, a que también el análisis debió plegarse. En toda una serie de casos me he encontrado con parecido fenómeno: los síntomas generados después recubrían a los primeros, y sólo lo último hasta lo cual el análisis avanzaba contenía la clave del todo.

La terapia consistió aquí en la compulsión que obligó a reunir los grupos psíquicos escindidos con la conciencia yoica. Cosa notable, el éxito no era paralelo a la medida del trabajo realizado; sólo cuando se tramitó la última pieza sobrevino de pronto la curación.

4. Katharina...
(Freud)

En las vacaciones de 189. . . hice una excursión a los Hohe Tauern[1] como para olvidar por un tiempo la medicina y, en particular, las neurosis. Casi lo había logrado, cuando cierto día me desvié de la ruta principal para ascender a un retirado monte, famoso por el paisaje que ofrecía y por su bien atendido refugio. Llegué, pues, a la cima tras dura ascensión y, ya recuperado y descansado, quedé absorto en la contemplación de arrobadoras vistas, tan olvidado de mí que a punto estuve de no darme por aludido cuando escuché esta pregunta: «¿El señor es un doctor?». Pero la pregunta se dirigía a mí, y provenía de una muchacha de unos dieciocho años que me había servido en el almuerzo con gesto bastante fastidiado y a quien la posadera llamó por el nombre de «Katharina». Por su vestido y su porte no podía ser una doméstica, sino que debía de ser hija o parienta de la posadera.

Ya vuelto en mí, le respondí: «Sí, soy un doctor. ¿Cómo lo sabe?».

«El señor se ha inscrito en el libro de viajeros, y yo me dije que si el señor doctor tuviera ahora un poquitito de tiempo. . . Es que estoy enferma de los nervios y ya una vez estuve en casa de un doctor en L.; es cierto que él algo me ha dado, pero todavía no estoy buena».

Heme ahí de nuevo con las neurosis, pues de otra cosa no podía tratarse en esta muchacha grande y vigorosa, de gesto apesadumbrado. Me interesó que las neurosis se hubieran propagado a más de 2.000 metros de altura, y seguí interrogando.

Reproduzco en lo que sigue la conversación que hubo entre nosotros tal como se ha grabado en mi memoria, y le dejo a la paciente su dialecto.

«¿Y de qué sufre usted?».

«Me falta el aire; no siempre, pero muchas veces me agarra que creo que me ahogaré».

A primera vista no suena esto neurótico, pero se me hacía

[1] [Una de las más altas cadenas montañosas de los Alpes orientales.]

probable que fuera sólo una designación sustitutiva para un ataque de angustia. Del complejo de sensación de la angustia resalta de manera indebida un solo factor, el angostamiento para respirar.

«Tome usted asiento. Descríbame cómo es ese estado de "falta de aire"».

«Se abate de pronto sobre mí. Primero me hace como una opresión sobre los ojos, la cabeza se pone pesada y me zumba, cosa de no aguantar, y me mareo tanto que creo que me voy a caer, y después se me oprime el pecho que pierdo el aliento».

«¿Y no siente nada en la garganta?».

«Se me aprieta la garganta como si me fuera a ahogar».

«¿Y en la cabeza no le sucede nada más?».

«Martilla y martilla hasta estallar».

«Bien; ¿y no siente usted miedo mientras tanto?».

«Siempre creo que me voy a morir; yo de ordinario soy corajuda, ando sola por todas partes, por el silo y todo el monte abajo; pero cuando es un día de esos en que tengo aquello no me atrevo a ir a ninguna parte; siempre creo que alguien está detrás y me agarrará de repente».

Era realmente un ataque de angustia, y por cierto que introducido por los signos del aura histérica; o, mejor dicho, era un ataque histérico que tenía por contenido la angustia. ¿No habría algún otro contenido?

«¿Piensa usted siempre lo mismo, o ve algo frente a sí cuando tiene el ataque?».

«Sí, siempre veo un rostro horripilante; me mira tan espantosamente; yo le tengo miedo».

Ahí se ofrecía, quizás, un camino para avanzar con rapidez hasta el núcleo de la cuestión.

«¿Reconoce usted ese rostro? Creo que será un rostro que usted ha visto realmente alguna vez».

«No».

«¿Sabe usted de dónde provienen sus ataques?».

«No».

«¿Cuándo los tuvo por primera vez?».

«La primera vez fue hace dos años, cuando aún estaba con mi tía en el otro monte. Antes tuvo ahí el albergue; ahora estamos aquí desde hace un año y medio, pero eso me sigue viniendo».

¿Debía emprender aquí un intento de análisis? Por cierto que no me atrevía a trasplantar la hipnosis a esa altitud, pero quizá lo consiguiera en una simple plática. Debía arriesgarme. Harto a menudo había discernido la angustia en muchachas jóvenes como una consecuencia del horror que invade

a un ánimo virginal cuando el mundo de la sexualidad se le abre por primera vez.[2]

Le dije entonces: «Si usted no lo sabe, yo le diré de dónde creo que le han venido sus ataques. En algún momento, dos años atrás, usted ha visto o escuchado algo que la embarazó mucho, que preferiría no haber visto».

Y ella: «¡Cielos, sí! ¡He pillado a mi tío con la muchacha, con Franziska, mi prima!».

«¿Qué historia es esa de la muchacha? ¿No quiere contármela usted?».

«A un doctor una puede decírselo todo. Sepa, pues, que mi tío, el marido de mi tía a quien usted ha visto, tenía entonces la posada con mi tía en el monte X. Ahora se han separado, y yo soy la culpable de que estén separados, pues por mí se destapó {*aufkommen*} que él se entiende con Franziska».

«Bien; ¿cómo llegó {*kommen*} usted a ese descubrimiento?».

«Fue así. Cierta vez, hace dos años, unos señores habían ascendido allá {*heraufkommen*} y pidieron de comer. La tía no estaba en casa, y a Franziska no se la encontraba por ninguna parte; era la que siempre cocinaba. Tampoco se hallaba al tío. Buscamos por doquier, y entonces el muchacho, Alois, mi primo, dice: "Al cabo, Franziska está con el padre". Entonces los dos echamos a reír, pero sin pensar en cosa mala. Vamos al dormitorio que tiene mi tío, y la puerta está con tranca. Pero me resultó llamativo. Y dice Alois: "En el pasillo hay una ventana, desde ahí se puede mirar dentro del dormitorio". Vamos al pasillo. Pero Alois no se anima a la ventana, dice que tiene miedo. Entonces yo digo: "¡Ah, muchacho tonto! Voy yo, no tengo miedo ninguno". Pero en todo eso yo andaba sin malicia ninguna. Miro aden-

[2] Quiero mencionar el caso en que discerní por primera vez este nexo causal. Trataba a una señora joven por una complicada neurosis; tampoco ella quería admitir que había contraído su padecimiento en su vida conyugal. [Cf. *supra*, págs. 129-30*n*.] Objetaba que ya de muchacha había padecido ataques de angustia, que desembocaban en desmayos. Me mantuve firme. Cuando nos hubimos conocido mejor, me dijo de repente un día: «Ahora le informaré también de dónde me venían mis ataques de angustia cuando muchacha. Dormía en esa época en una habitación contigua a la de mis padres, la puerta estaba abierta y una candela ardía sobre la mesa. Algunas veces vi, pues, cómo mi padre se llegaba a la cama de mi madre, y he escuchado algo que me causó viva emoción. Tras eso me vinieron mis ataques». [Dos casos de esta clase son mencionados por Freud en su carta a Fliess del 30 de mayo de 1893 (Freud, 1950*a*, Carta 12). Véase también su primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*b*), *AE*, **3**, págs. 100-1.]

tro, el dormitorio estaba bastante oscuro, pero ahí veo al tío y a Franziska, y él yace sobre ella».

«¿Y entonces?».

«Al punto me he apartado de la ventana, me he apoyado en la pared y me entró la falta de aire que desde entonces tengo; se me nubló el entendimiento, sentí un peso sobre los ojos y en la cabeza me martillaban y todo bullía».

«¿Se lo dijo enseguida, ese mismo día, a la tía de usted?».

«Oh, no, no le he dicho nada».

«¿Y por qué se aterró tanto cuando encontró juntos a los dos? ¿Acaso entendió algo? ¿Se le pasó por la mente lo que ahí sucedía?».

«Oh, no; en ese entonces no entendí nada, sólo tenía dieciséis años. No sé qué me aterró».

«Señorita Katharina: si usted pudiera recordar lo que entonces pasó dentro de usted, cómo le entró el primer ataque, qué se le pasó entonces por la cabeza, quedaría sana».

«¡Ah, si pudiera! Pero estuve tan aterrorizada que lo he olvidado todo».

(Esto quiere decir, traducido al lenguaje de nuestra «Comunicación preliminar» [pág. 38]: El afecto mismo crea al estado hipnoide, cuyos productos luego se mantienen fuera del comercio {*Verkehr*} asociativo con el yo-conciencia {*Ich-Bewusstsein*}.)

«Dígame usted, señorita; la cabeza que siempre ve cuando le falta el aire, ¿no será la cabeza de Franziska, como usted la vio entonces?».

«Oh, no; no era tan horripilante, y además es sin duda una cabeza de hombre».

«¿O quizá la de su tío?».

«No he visto su rostro tan nítido, estaba demasiado oscuro en el dormitorio; y, ¿por qué habría puesto en ese momento una cara tan espantosa?».

«Tiene razón». (De pronto pareció extraviado el camino. Quizá se encuentre algo en lo que sigue del relato.) «¿Y qué sucedió después?».

«Pues, que los dos han de haber escuchado ruido. Enseguida salieron {*herauskommen*}. Yo estuve muy mal todo el tiempo, no podía dejar de pensar y pensar; dos días después fue domingo, hubo mucho que hacer, trabajé el día entero, y el lunes por la mañana sentí de nuevo el mareo y vomité y permanecí en cama, y vuelta y vuelta a los vómitos durante tres días».

A menudo habíamos comparado [Breuer y yo] la sintomatología histérica con una escritura figural que, tras descubrir algunos casos bilingües, atinábamos a leer. En ese

alfabeto, vómito significa asco. Le dije entonces: «Si usted tres días después vomitó, creo que en ese momento, cuando miró dentro del dormitorio, usted sintió asco».

«Sí, asqueada tengo que haber estado», dice pensativa. «Pero, ¿de qué?».

«¿Quizá vio algún desnudo? ¿Cómo estaban las dos personas en el dormitorio?».

«Estaba demasiado oscuro para ver algo, y los dos estaban con ropa puesta. ¡Ah, si supiera qué me dio asco en ese momento!».

Tampoco yo lo sabía. Pero la exhorté a seguir contando lo que se le ocurriera, con la expectativa cierta de que fuese justamente lo que me hacía falta para esclarecer el caso.

Informa entonces que por fin comunicó a su tía, quien la hallaba cambiada y sospechaba algún secreto, lo que había descubierto; siguieron escenas muy afligentes entre tío y tía; los niños escucharon cosas que les abrieron los ojos sobre muchos puntos, y que mejor no hubieran escuchado; hasta que la tía se decidió a tomar a su cargo esta otra posada, con sus hijos y sobrina, y dejar solo al tío con Franziska, que entretanto había quedado embarazada. Pero luego, para mi asombro, ella abandona este hilo y empieza a contar dos series de historias más antiguas, que se remontaban de dos a tres años atrás del momento traumático. La primera serie contiene ocasiones en que ese mismo tío la asediaba sexualmente a ella, cuando sólo tenía catorce años. Cómo cierta vez hace con él una excursión al valle, y allí pernocta en la posada. El se quedó bebiendo y jugando a las cartas en el salón, a ella le vino sueño y se fue temprano a la habitación que les habían asignado a ambos. No dormía muy profundamente cuando él subió {*hinaufkommen*}; después se volvió a dormir, y de repente se despertó y «sintió su cuerpo» en la cama. Se levantó de un salto y le hizo reproches: «¿Qué haces, tío? ¿Por qué no te quedas en tu cama?». El intentó engatusarla: «Anda, muchacha tonta, quédate quieta; tú no sabes qué bueno es eso». — «No me gusta lo bueno de usted, ni siquiera dormir la dejan a una». Permaneció de pie junto a la puerta, lista para escapar al pasillo, hasta que él desistió y se durmió a su vez. Entonces ella se metió en la cama y durmió hasta la mañana. Por la modalidad de defensa de que ella informa, parece desprenderse que no discernió claramente el ataque como sexual; preguntada si sabía qué quería hacer él con ella, respondió: «En ese tiempo no»; sólo mucho después se le volvió claro. Refiere que se resistió porque le resultaba desagradable que la molestaran cuando dormía y «porque eso no se hace».

Me he visto precisado a informar en detalle sobre este episodio porque posee gran significatividad para entender todo lo que siguió. — Luego cuenta otras vivencias de un tiempo algo posterior, cómo otra vez tuvo que defenderse de él en una posada, cuando estaba totalmente bebido, etc. A mi pregunta sobre si en esas ocasiones sintió algo semejante a la posterior falta de aire, responde con precisión que todas las veces tuvo la presión sobre los ojos y sobre el pecho, pero ni con mucho tan intensa como en la escena del descubrimiento.

Inmediatamente después de concluida esta serie de recuerdos empieza a referir una segunda, en la que se trata de oportunidades en que algo le llamó la atención entre su tío y Franziska. Cómo una vez toda la familia pasó la noche vestida en un pajar y ella de pronto se despertó a causa de un ruido; creyó notar que su tío, que yacía entre ella y Franziska, se movía de sitio y Franziska se estaba acostando. Cómo otra vez pernoctaron en una posada de la aldea N., ella y su tío en una habitación, Franziska en otra contigua. A la noche se despertó de repente y vio una figura larga y blanca junto a la puerta, en tren de bajar el picaporte: «¡Cielos, tío! ¿Es usted? ¿Qué hace en la puerta?». — «Quédate tranquila, sólo buscaba algo». — «Es que se sale por la otra puerta». — «Me he equivocado», etc.

Le pregunto si en esa época malició algo. «No, no se me pasó nada por la cabeza; es cierto que siempre me sorprendía, pero no ataba cabos». — Le pregunto también si en esas oportunidades le vino la angustia. Cree que sí, pero esta vez no está tan segura de ello.

Después que ha terminado estas dos series de relatos toma respiro. Está como trasfigurada; el rostro con expresión de fastidio y pesadumbre se había animado; tiene los ojos brillantes, está aliviada y renovada. A mí, entretanto, se me abrió el entendimiento de su caso; lo último que me acaba de referir, en apariencia sin plan alguno, explica excelentemente su comportamiento en la escena del descubrimiento. Llevaba dentro de sí dos series de vivencias que ella recordaba, pero no entendía ni valorizaba en conclusión ninguna; a la vista de la pareja copulando se estableció al instante la conexión de la impresión nueva con esas dos series de reminiscencias; empezó a comprender y, al mismo tiempo, a defenderse. Luego siguió un breve período de acabado, de «incubación» [cf. pág. 149], y se instalaron los síntomas de la conversión, el vómito como sustituto del asco moral y psíquico. Con ello quedaba solucionado el enigma; no le dio asco la visión de aquellos dos, sino un recuerdo que

esa visión le evocó, y, bien ponderadas todas las cosas, sólo podía ser el recuerdo del asalto nocturno, cuando ella «sintió el cuerpo del tío».

Le dije, pues, tras terminar ella su confesión: «Ahora ya sé lo que se le pasó por la cabeza cuando miró dentro del dormitorio. Usted ha pensado: "Ahora hace con ella lo que aquella noche, y las otras veces, quería hacer conmigo". Eso le dio asco porque usted se acordó de la sensación que tuvo cuando a la noche se despertó y sintió su cuerpo».

Ella responde: «Muy bien puede ser que eso me diera asco y se me pasara eso por la cabeza».

«Ahora dígame con exactitud; ya es una muchacha crecida, y lo sabe todo».

«Ahora sí, claro está».

«Dígame entonces con exactitud: ¿qué fue lo que sintió de su cuerpo aquella noche?».

Pero ella no da una respuesta precisa; sonríe turbada y como convicta y confesa, como uno que debe admitir que ahora se ha llegado {*kommen*} a la raíz de las cosas, sobre la cual ya no cabe decir mucho más. Puedo imaginarme cuál fue la sensación táctil que más tarde aprendió a interpretar; su gesto paréceme decir que presupone que yo me imagino lo correcto, pero ya no puedo seguir ahondando en ella; sólo me resta agradecerle que resulte tanto más fácil hablar con ella que con las mojigatas damas de mi práctica urbana, para quienes todas las cosas naturales son obscenas.

Con esto estaría aclarado el caso; pero, un momento: ¿de dónde proviene la alucinación de la cabeza que le provoca pavor y es recurrente en el ataque? Ahora se lo pregunto. Como si en esta plática se hubiera ensanchado su entendimiento, responde enseguida: «Sí, ahora lo sé: la cabeza es la de mi tío, ahora la reconozco; pero no de aquel tiempo. Más tarde, después que se desataron todas las querellas, mi tío concibió una absurda furia contra mí; siempre ha dicho que soy la culpable de todo; si no hubiera soplado, nunca se hubiera llegado {*kommen*} a la separación; siempre me ha amenazado con hacerme algo; cuando me vio a lo lejos, su rostro se desfiguró por la furia y se abalanzó sobre mí con la mano levantada. Siempre me he escapado de él, y siempre con la mayor angustia de que me atrapara de improviso en algún lado. El rostro que yo ahora veo siempre es su rostro cuando estaba furioso».

Esta noticia me hace acordar de que el primer síntoma de la histeria, el vómito, ha pasado ya; el ataque de angustia permaneció y se llenó con el nuevo contenido. Según eso, se trata de una histeria ya abreaccionada en gran parte. Es

que, en efecto, ella ha comunicado su descubrimiento al poco tiempo a su tía.

«¿Ha contado a su tía también las otras historias, cómo él la asediaba?».

«Sí; no enseguida, pero después, cuando ya se había hablado de divorcio. Entonces tía dijo: "Esto lo dejamos para más tarde; si opone dificultades ante la justicia, lo diremos también"».

Puedo comprender que justamente del último tiempo, cuando las escenas inquietantes en la casa se acumularon, cuando su estado dejó de despertar el interés de la tía reclamada por la querella; que de ese tiempo, digo, de acumulación y de retención, quedara el símbolo mnémico [del rostro alucinado].

Espero que el declararse conmigo haya hecho algún bien a esta muchacha tan prematuramente lastimada en su sentir sexual; no la he vuelto a ver.

Epicrisis

Nada podré objetar si en este historial clínico alguien ve menos un caso de histeria analizada que uno resuelto por mero colegir. Es cierto que la enferma admitió todo lo que yo interpolé en su informe como verosímil; empero, no estaba en condiciones de reconocerlo como algo vivenciado. Opino que para ello habría hecho falta la hipnosis. Si supongo que colegí rectamente, y ahora intento reducir este caso al esquema de una histeria adquirida, tal como resultó del caso 3, parece natural comparar las dos series de vivencias eróticas con unos momentos traumáticos, y la escena del descubrimiento de la pareja, con un momento auxiliar [cf. pág. 139]. La semejanza reside en que en las primeras se creó un contenido de conciencia que, excluido de la actividad pensante del yo, permaneció guardado, mientras que en la última escena una nueva impresión fuerza la reunión asociativa de esos grupos, que se encontraban apartados, con el yo. Por otra parte, hallamos también divergencias que no pueden ser descuidadas. La causa del aislamiento no es, como en el caso 3, la voluntad del yo, sino la ignorancia del yo, que aún no sabe qué hacer con unas experiencias sexuales. En este aspecto, el caso de Katharina es típico; en el análisis de cualquier histeria que tenga por fundamento traumas sexuales, uno halla impresiones de la época presexual que, no habiendo producido efectos sobre la niña,

más tarde cobran, como recuerdos, una violencia traumática al abrirse para la joven virgen o la esposa el entendimiento de la vida sexual.[3] La escisión de grupos psíquicos es, por así decir, un proceso normal en el desarrollo de los adolescentes, y bien se comprende que su posterior recepción dentro del yo proporcione una ocasión, aprovechada con harta frecuencia, de perturbación psíquica. Además, en este lugar manifestaría la duda de que la escisión de la conciencia por ignorancia se pueda diferenciar realmente de la producida por desautorización conciente, y de que los adolescentes no posean un conocimiento sexual con frecuencia mucho mayor del que se sospecharía en ellos y del que ellos mismos se atribuyen.

Otra divergencia en el mecanismo psíquico de este caso reside en que la escena del descubrimiento, que hemos calificado de «auxiliar», merece al mismo tiempo el nombre de «traumática». Produce efectos por su propio contenido, no meramente por despertar vivencias traumáticas preexistentes; reúne los caracteres de un momento «auxiliar» y de uno traumático. Pero en esta coincidencia yo no veo razón alguna para abandonar una separación conceptual que en otros casos corresponde a una temporal. Otra peculiaridad del caso de Katharina, con la cual empero estamos familiarizados desde hace mucho, se muestra en que la conversión, la producción de los fenómenos histéricos, no se cumple enseguida después del trauma, sino luego de un intervalo de incubación. Charcot llamaba de preferencia a ese intervalo la «época de la elaboración [*élaboration*] psíquica».[4]

La angustia que Katharina padecía en sus ataques es histérica, es decir, una reproducción de aquella angustia que emergió en cada uno de los traumas sexuales. Omito elucidar aquí el proceso que he discernido como el que sobreviene de una manera regular en un número enormemente grande de casos, a saber, la vislumbre de vínculos sexuales produce en personas virginales un afecto de angustia.[5] [Cf. pág. 143*n*.]

[3] [Freud discutió esto con largueza en las últimas secciones de la parte II de su «Proyecto de psicología» de 1895 (1950*a*), y manifestó idéntica opinión en sus «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*), *AE*, **3**, págs. 167-8*n*. Sólo algunos años más tarde reconoció el papel que cumplían en la contracción de neurosis los impulsos sexuales ya presentes en la niñez temprana. Véase mi «Nota introductoria» a *Tres ensayos de teoría sexual* (1905*d*), *AE*, **7**, págs. 114-5.]

[4] [Cf. Charcot, 1888, **1**, pág. 99, y las consideraciones de Breuer sobre el tema, *infra*, pág. 224.]

[5] [*Nota agregada* en 1924:] Después de tantos años, me atrevo

a infringir la discreción entonces observada y a indicar que Katharina no era la sobrina, sino la hija de la hospedera. Vale decir que la muchacha había enfermado a raíz de unas tentaciones sexuales que partían de su propio padre. Una desfiguración como la practicada por mí en este caso debería evitarse a toda costa en un historial clínico. Naturalmente, no es tan irrelevante para entenderlo como lo sería, por ejemplo, el traslado del escenario de un monte a otro.

5. Señorita Elisabeth von R.
(Freud)

En el otoño de 1892, un colega de mi amistad me pidió que examinase a una joven dama que desde hacía más de dos años padecía de dolores en las piernas y caminaba mal. Agregó a su solicitud que consideraba el caso como una histeria, aunque no se hallara en él nada de los signos habituales de la neurosis. Conocía un poco a la familia y sabía que en los últimos años se habían abatido sobre ella muchas desdichas y muy pocas cosas alegres le pasaban. Primero había muerto el padre de la paciente; luego su madre debió someterse a una seria operación de los ojos, y poco después una hermana casada sucumbió, tras un parto, a una vieja dolencia cardíaca. En todas esas penas y todo ese cuidar enfermos nuestra paciente había tenido la mayor participación.

No avancé mucho más en el entendimiento del caso después que hube visto por primera vez a esta señorita de veinticuatro años. Parecía inteligente y psíquicamente normal, y sobrellevaba con espíritu alegre su padecer, que le enervaba todo trato y todo goce; lo sobrellevaba con la *«belle indifférence»* de los histéricos,[1] no pude menos que pensar yo. Caminaba con la parte superior del cuerpo inclinada hacia adelante, pero sin apoyo; su andar no respondía a ninguna de las maneras de hacerlo conocidas por la patología, y por otra parte ni siquiera era llamativamente torpe. Sólo que ella se quejaba de grandes dolores al caminar, y de una fatiga que le sobrevenía muy rápido al hacerlo y al estar de pie; al poco rato buscaba una postura de reposo en que los dolores eran menores, pero en modo alguno estaban ausentes. El dolor era de naturaleza imprecisa; uno podía sacar tal vez en limpio: era una fatiga dolorosa. Una zona bastante grande, mal deslindada, de la cara anterior del muslo derecho era indicada como el foco de los dolores, de donde ellos partían con la mayor frecuencia y alcanzaban su máxima intensidad. Empero, la piel y la musculatura eran ahí particularmente sensibles a la presión y el pellizco; la punción con

[1] [Freud vuelve a citar esta frase en «La represión» (1915*d*), *AE*, **14**, pág. 150, atribuyéndola a Charcot.]

agujas se recibía de manera más bien indiferente. Esta misma hiperalgesia de la piel y de los músculos no se registraba sólo en ese lugar, sino en casi todo el ámbito de ambas piernas. Quizá los músculos eran más sensibles que la piel al dolor; inequívocamente, las dos clases de sensibilidad dolorosa se encontraban más acusadas en los muslos. No podía decirse que la fuerza motriz de las piernas fuera escasa; los reflejos eran de mediana intensidad, y faltaba cualquier otro síntoma, de suerte que no se ofrecía ningún asidero para suponer una afección orgánica más seria. La dolencia se había desarrollado poco a poco desde hacía dos años, y era de intensidad variable.

No me resultaba fácil llegar a un diagnóstico, pero fui del mismo parecer que mi colega, por dos razones. En primer lugar, era llamativo cuán imprecisas sonaban todas las indicaciones de la enferma, de gran inteligencia sin embargo, acerca de los caracteres de sus dolores. Un enfermo que padezca de dolores orgánicos, si no sufre de los nervios {*nervös*} además de esos dolores, los describirá con precisión y tranquilidad: por ejemplo, dirá que son lacerantes, le sobrevienen con ciertos intervalos, se extienden de esta a estotra parte, y que, en su opinión, los provoca tal o cual influjo. El neurasténico[2] que describe sus dolores impresiona como si estuviera ocupado con un difícil trabajo intelectual, muy superior a sus fuerzas. La expresión de su rostro es tensa y como deformada por el imperio de un afecto penoso; su voz se vuelve chillona, lucha para encontrar las palabras, rechaza cada definición que el médico le propone para sus dolores, aunque más tarde ella resulte indudablemente la adecuada; es evidente, opina que el lenguaje es demasiado pobre para prestarle palabras a sus sensaciones, y estas mismas son algo único, algo novedoso que uno no podría describir de manera exhaustiva, y por eso no cesa de ir añadiendo nuevos y nuevos detalles; cuando se ve precisado a interrumpirlos, seguramente lo domina la impresión de no haber logrado hacerse entender por el médico. Esto se debe a que sus dolores han atraído su atención íntegra. En la señorita Von R. se tenía la conducta contrapuesta, y, dado que atribuía empero bastante valor a los dolores, era preciso inferir que su atención estaba demorada en algo otro —probablemente en pensamientos y sensaciones que se entramaban con los dolores—.

Pero más determinante todavía para la concepción de esos

[2] (Hipocondríaco, aquejado de neurosis de angustia.) [Los paréntesis son de Freud.]

dolores era por fuerza un segundo aspecto. Cuando en un enfermo orgánico o en un neurasténico se estimula un lugar doloroso, su fisonomía muestra la expresión, inconfundible, del desasosiego o el dolor físico; además el enfermo se sobresalta, se sustrae del examen, se defiende. Pero cuando en la señorita Von R. se pellizcaba u oprimía la piel y la musculatura hiperálgicas de la pierna, su rostro cobraba una peculiar expresión, más de placer que de dolor; lanzaba unos chillidos —yo no podía menos que pensar: como a raíz de unas voluptuosas cosquillas—, su rostro enrojecía, echaba la cabeza hacia atrás, cerraba los ojos, su tronco se arqueaba hacia atrás. Nada de esto era demasiado grueso, pero sí lo bastante nítido, y compatible sólo con la concepción de que esa dolencia era una histeria y la estimulación afectaba una zona histerógena.[3]

El gesto no armonizaba con el dolor que supuestamente era excitado por el pellizco de los músculos y la piel; probablemente concordaba mejor con el contenido de los pensamientos escondidos tras ese dolor y que uno despertaba en la enferma mediante la estimulación de las partes del cuerpo asociadas con ellos. Yo había observado repetidas veces parecidos gestos significativos a raíz de la estimulación de zonas hiperálgicas en casos seguros de histeria; los otros ademanes correspondían evidentemente a la insinuación levísima de un ataque histérico.

En cuanto a la desacostumbrada localización de las zonas histerógenas, no se obtuvo al comienzo esclarecimiento alguno. Además, daba que pensar que la hiperalgesia recayera principalmente sobre la musculatura. La dolencia más frecuente culpable de la sensibilidad difusa y local de los músculos a la presión es la infiltración reumática de ellos, el reumatismo muscular crónico común, cuya aptitud para crear el espejismo de unas afecciones nerviosas ya mencioné [págs. 91-2*n.*]. La consistencia de los músculos doloridos en la señorita Von R. no contradecía este supuesto; se encontraban muchos tendones duros en las masas musculares, y además parecían particularmente sensibles. Lo probable, entonces, era que hubiera sobrevenido una alteración orgánica de los músculos en el sentido indicado, en la cual la neurosis se apuntaló haciendo aparecer exageradamente grande su valor.

También la terapia partió de la premisa de que se trataba de una enfermedad mixta. Recomendamos que continuaran los masajes y faradización sistemáticos de los músculos sen-

[3] [Así en la primera edición; en todas las posteriores, sin duda por error, figura «histérica».]

sibles, a pesar del dolor que ello producía, y yo me reservé el tratamiento de las piernas con intensas descargas eléctricas, a fin de poder mantenerme en relación con la paciente. A su pregunta sobre si debía obligarse a caminar, respondimos con un «Sí» terminante.

Así obtuvimos una mejoría leve. Muy en particular, parecían entusiasmarle los dolorosos golpes de la máquina inductora, y cuanto más intensos eran, más parecían refrenar sus propios dolores. Entretanto, mi colega preparaba el terreno para un tratamiento psíquico; cuando, tras cuatro semanas de seudoterapia, yo lo propuse y di a la enferma alguna información sobre el procedimiento y su modo de acción, hallé rápido entendimiento y mínima resistencia.

Ahora bien, el trabajo que inicié a partir de ese momento resultó uno de los más difíciles que me tocaran en suerte, y la dificultad que hallo para informar sobre él es digna heredera de las dificultades entonces superadas. Por largo tiempo no atiné a descubrir el nexo entre la historia de padecimientos y la dolencia misma, que empero debía de haber sido causada y determinada por aquella serie de vivencias.

Al emprender un tratamiento catártico de esta índole, lo primero será plantearse esta pregunta: ¿Es para la enferma consabido el origen y la ocasión {*Anlass*} de su padecer? En caso afirmativo, no hace falta de ninguna técnica especial para ocasionar {*veranlassen*} que reproduzca su historia de padecimientos; el interés que se le testimonia, la comprensión que se le deja vislumbrar, la esperanza de sanar que se le instila, moverán a la enferma a revelar su secreto. En el caso de la señorita Elisabeth, desde el comienzo me pareció verosímil que fuera conciente de las razones de su padecer; que, por tanto, tuviera sólo un secreto, y no un cuerpo extraño en la conciencia. Cuando uno la contemplaba, no podía menos que rememorar las palabras del poeta: «La máscara presagia un sentido oculto».[4]

Al comienzo podía, pues, renunciar a la hipnosis, con la salvedad de servirme de ella más tarde si en el curso de la confesión hubieran de surgir unas tramas para cuya aclaración no alcanzara su recuerdo. Así, en este, el primer análisis completo de una histeria que yo emprendiera, arribé a un procedimiento que luego elevé a la condición de método

[4] [«Su máscara revela un sentido oculto». Adaptado de Goethe, *Fausto*, parte I, escena 16.] Se demostrará que me había equivocado en esto.

e introduje con conciencia de mi meta: la remoción del material patógeno estrato por estrato, que de buen grado solíamos comparar con la técnica de exhumación de una ciudad enterrada. Primero me hacía contar lo que a la enferma le era consabido, poniendo cuidado en notar dónde un nexo permanecía enigmático, dónde parecía faltar un eslabón en la cadena de las causaciones, e iba penetrando en estratos cada vez más profundos del recuerdo a medida que en esos lugares aplicaba la exploración hipnótica o una técnica parecida a ella. La premisa de todo el trabajo era, desde luego, la expectativa de que se demostraría un determinismo {*Determinierung*} suficiente y completo; enseguida habremos de considerar los medios para esa investigación de lo profundo.

La historia de padecimiento referida por la señorita Elisabeth era larga, urdida por múltiples vivencias dolorosas. Mientras la relataba no se encontraba en hipnosis, pero yo le indicaba acostarse y le ordenaba cerrar los ojos, aunque no impedía que de tiempo en tiempo los abriera, cambiara de posición, se incorporara, etc. Cuando ella atrapaba una pieza del relato a mayor profundidad, me parecía que caía espontáneamente en un estado más semejante a la hipnosis. Yacía entonces inmóvil, y mantenía sus ojos cerrados con firmeza.

Paso a reflejar lo que surgió como el estrato más superficial de sus recuerdos. La menor de tres hijas mujeres, había pasado su juventud, con tierno apego a sus padres, en una finca de Hungría. La salud de la madre se quebrantó muchas veces a raíz de una dolencia ocular y también por estados nerviosos. Sucedió por eso que la paciente se apegara de manera particularmente estrecha a su padre, hombre alegre y dotado de la sabiduría de vivir, quien solía decir que esa hija le sustituía a un hijo varón y a un amigo con quien podía intercambiar ideas. En la misma medida en que la muchacha obtenía incitación intelectual de ese trato, no se le escapaba al padre que su constitución espiritual se distanciaba de la que la gente gusta ver realizada en una joven. La llamaba en broma «impertinente» y «respondona», la ponía en guardia frente a su inclinación a los juicios demasiado tajantes, a decir la verdad a los demás sin consideración alguna; y solía pensar que le resultaría difícil encontrar marido. De hecho, ella estaba harto descontenta con su condición de mujer; rebosaba de ambiciosos planes, quería estudiar o adquirir formación musical, se indignaba ante la idea de tener que sacrificar en un matrimonio sus inclinaciones y la libertad de su juicio. Entretanto vivía preciándose de su padre, del prestigio y la posición social de su familia, y

guardaba con celo todo cuanto se relacionara con esos bienes. La abnegación que mostró hacia su madre y sus hermanas mayores reconciliaba totalmente a sus padres con los costados más ásperos de su carácter.

La edad de las niñas movió a la familia a trasladarse a la capital, donde por un tiempo Elisabeth pudo gozar de una vida más rica y alegre dentro de la familia. Pero luego sobrevino el golpe que aniquiló la dicha de ese hogar.

El padre había ocultado una afección cardíaca crónica, o él mismo no la había advertido; cierto día lo trajeron a la casa inconciente tras un primer ataque de edema pulmonar. A ello siguió el cuidado del enfermo durante un año y medio, en el cual Elisabeth se aseguró el primer lugar junto al lecho. Dormía en la habitación de su padre, se despertaba de noche a su llamado, lo asistía durante el día y se forzaba a parecer alegre, en tanto que él soportaba con amable resignación su irremediable estado. Sin duda, el comienzo de su afección se entramó con este período de cuidado del enfermo, pues ella pudo recordar que durante los últimos seis meses de ese cuidado debió guardar cama por un día y medio a causa de aquellos dolores en la pierna derecha. Pero aseguraba que estos le pasaron pronto y no excitaron su preocupación ni su atención. Y de hecho, fue sólo dos años después de la muerte del padre cuando se sintió enferma y no pudo caminar a causa de sus dolores.

El vacío que la muerte del padre dejó en esta familia compuesta por cuatro mujeres; el aislamiento social, el cese de tantas relaciones que prometían incitación y goce; la salud ahora más quebrantada de la madre: todo ello empañó el talante de nuestra paciente, pero al mismo tiempo movió en ella el ardiente deseo de que los suyos pronto hallaran un sustituto de la dicha perdida, y le hizo concentrar todo su apego y desvelos en la madre supérstite.

Trascurrido el año de luto, la hermana mayor casó con un hombre talentoso y trabajador, de buena posición, que debido a su capacidad intelectual parecía tener por delante un gran futuro, pero en el trato más íntimo desarrolló una quisquillosidad enfermiza, una egoísta obstinación en sus caprichos, y en el círculo de esta familia fue el primero que se atrevió a descuidar el miramiento por la anciana señora. Era más de lo que Elisabeth podía tolerar; se sintió llamada a asumir la lucha contra el cuñado en cuanta ocasión se ofreciera, en tanto las otras mujeres consentían los estallidos del excitable temperamento de aquel. Para ella era un doloroso desengaño que la reconstrucción de la antigua dicha familiar experimentara esta perturba-

ción, y no podía perdonarle a su hermana casada que, con su docilidad de esposa, se afanase en evitar pronunciarse. Así, en la memoria de Elisabeth habían permanecido toda una serie de escenas a las que adherían unos cargos, en parte no declarados {*aussprechen*}, contra su primer cuñado. Pero el mayor reproche era que por buscar un empleo más ventajoso se hubiese mudado con su pequeña familia a una lejana ciudad de Austria, contribuyendo a aumentar así la soledad de la madre. En esta oportunidad Elisabeth sintió con harta nitidez su desvalimiento, su impotencia para ofrecer a la madre un sustituto de la dicha perdida, la imposibilidad de ejecutar el designio que había concebido a la muerte del padre.

El matrimonio de la segunda hermana pareció más promisorio para el futuro de la familia, pues este segundo cuñado, menos dotado intelectualmente, era un hombre cordial para estas mujeres sensibles y educadas en el cultivo de toda suerte de miramientos; su conducta reconcilió a Elisabeth con la institución del matrimonio y con la idea de los sacrificios a ella enlazados. Además, esta segunda joven pareja permaneció en las cercanías de la madre, y el hijo de este cuñado y su segunda hermana pasó a ser el preferido de Elisabeth. Por desgracia, el año en que este niño nació fue turbado por otro suceso. La dolencia ocular de la madre exigió una cura de oscuridad de varias semanas, compartida por Elisabeth. Luego declararon que era necesaria una operación; la inquietud que ello provocó coincidió con los preparativos para la mudanza del primer cuñado. Al fin salió bien la operación, realizada con mano maestra, y las tres familias se encontraron en un sitio de residencia veraniega; allí Elisabeth, agotada por las preocupaciones de los últimos meses, habría debido obtener su restablecimiento pleno en este período, el primero exento de penas y temores que la familia disfrutaba desde la muerte del padre.

Pero justamente con esa temporada veraniega coincide el estallido de los dolores de Elisabeth, y su dificultad para caminar. Después que un poco antes se le hubieran hecho notables, los dolores le sobrevinieron por primera vez con violencia tras un baño caliente que tomó en la casa de salud de ese pequeño poblado de restablecimiento. Un paseo prolongado, en verdad una caminata de media jornada, fue relacionado luego con la emergencia de estos dolores, de suerte que con facilidad se dio en la concepción de que Elisabeth había sufrido un «exceso de fatiga», y después un «enfriamiento».

A partir de ese momento, Elisabeth fue la enferma de la familia. El consejo médico la movió a pasar lo que restaba del verano, para una cura de baños, en Gastein,[5] adonde viajó con su madre, pero no sin que se presentara una nueva preocupación. La segunda hermana había quedado grávida de nuevo, e informaciones recibidas pintaban muy desfavorable su estado, de suerte que Elisabeth a duras penas se resolvió a hacer aquel viaje. No habían pasado dos semanas de estadía en Gastein cuando llamaron de regreso a madre y hermana: las cosas no iban ahora bien para la embarazada, postrada en cama.

Un torturante viaje, en el que se mezclaron para Elisabeth sus dolores y unas terribles expectativas; luego, en la estación ferroviaria, ciertos indicios que presagiaban lo peor, y después, cuando entraron en la habitación de la enferma, la certeza de que habían llegado demasiado tarde para despedirla viva.

Elisabeth no sufrió sólo por la pérdida de esta hermana, a quien había amado tiernamente, sino casi en igual grado por los pensamientos que esa muerte incitó y las alteraciones que trajo consigo. La hermana había sucumbido a una afección cardíaca agravada por el embarazo. Afloró entonces el pensamiento de que la cardiopatía era la herencia paterna de la familia. Recordaron que en los primeros años de su doncellez la difunta había tenido una corea acompañada de una leve afección cardíaca. Se culparon a ellos mismos y a los médicos por haber permitido el matrimonio, y no se pudo ahorrarle al infortunado viudo el reproche de haber puesto en peligro la salud de su mujer con dos embarazos sin que mediara una pausa. La triste impresión de que habiéndose dado las condiciones para un matrimonio feliz, tan raras, esa dicha tuviera que terminar así, ocupó a partir de entonces los pensamientos de Elisabeth sin contradicción. Pero además veía hacerse pedazos dentro de sí todo cuanto había anhelado para su madre. El cuñado viudo era inconsolable y se alejó de la familia de su esposa. Parece que su propia familia, de la cual se había enajenado durante su breve y dichoso matrimonio, aprovechó el momento propicio para atraerlo de nuevo hacia sus propios rumbos. No se halló camino alguno para mantener la anterior comunidad; una convivencia con la madre bajo el mismo techo era impracticable por miramiento a la cuñada soltera, y cuando se rehusó a dejar a las dos mujeres el niño, única herencia de la muerta, les dio por primera vez ocasión para culparlo de dureza. Por

[5] [Localidad de los Alpes austríacos.]

último —y no fue lo menos penoso—, Elisabeth recibió oscuras noticias de una desavenencia que había estallado entre ambos cuñados y cuyo motivo apenas vislumbraba. Parecía, empero, como si el viudo hubiera planteado en asuntos de fortuna unas demandas que el otro cuñado tachaba de injustificadas, y hasta pudo calificarlas de enojosa exacción ante el dolor todavía abierto de la madre.

Esa era, pues, la historia de padecimiento de esta muchacha ambiciosa y necesitada de amor. Enconada con su destino, amargada por el fracaso de todos sus planes de restaurar el brillo de su casa; sus amores, muertos los unos, distantes o enajenados los otros; sin inclinación por refugiarse en el amor de un hombre extraño, vivía desde hacía un año y medio —casi segregada de todo trato social— del cuidado de su madre y de sus dolores.

Si, despreocupadamente, uno se situara en la vida anímica de esta muchacha, no podría denegarle una cordial simpatía humana. Pero, ¿qué diremos sobre el interés médico por este historial clínico, sobre sus vínculos con las dolorosas dificultades para caminar, sobre las perspectivas de aclaración y curación que acaso habrían de resultar de las noticias obtenidas acerca de esos traumas psíquicos?

Para el médico, la confesión de la paciente significó al comienzo una gran desilusión. Era una historia clínica consistente en triviales conmociones anímicas, que no permitía explicar por qué la paciente debió contraer una histeria, ni cómo esa histeria hubo de cobrar precisamente la forma de la abasia dolorosa. No iluminaba ni la causación ni la determinación {*Determinierung*} de la histeria ahí existente. Acaso se podía suponer que la enferma había establecido una asociación entre sus impresiones anímicas dolidas y los dolores corporales que por azar registrara de manera simultánea a aquellas, y que ahora en su vida mnémica empleaba la sensación corporal como símbolo de la anímica. Pero quedaba sin esclarecer qué motivo habría tenido para esa sustitución, y en qué momento se habría consumado. Cuestiones estas, por otra parte, cuyo planteo no había sido hasta entonces común entre los médicos. Lo corriente era darse por contento con el expediente de que la enferma era una histérica por su constitución misma, capaz de desarrollar síntomas histéricos bajo la presión de una excitación intensa, *no importa de qué índole fuera esta.*

Y si esa confesión no era fructífera para el esclarecimiento, parecía serlo todavía menos para la curación del caso. No se echaba de ver qué influjo benéfico tendría sobre la señorita Elisabeth referir una vez más a un ex-

traño, que a cambio le tributara una fuerte simpatía, la historia de su padecimiento de los últimos años, consabida para todos los miembros de su familia. Por lo demás, no se advertía en absoluto que la confesión hubiera dado semejante resultado curativo. Durante ese primer período del tratamiento, la enferma no cesaba de repetir al médico: «Estoy cada vez peor, tengo los mismos dolores que antes»; y cuando al decírmelo me arrojaba una mirada entre astuta y maliciosa, yo podía acordarme del juicio que el viejo señor Von R. había pronunciado sobre su hija preferida: «A menudo es "impertinente" y "díscola"»; no obstante, debía admitir que ella tenía razón.

Si yo hubiera abandonado en este estadio el tratamiento psíquico de la enferma, el caso de la señorita Elisabeth von R. no habría adquirido importancia alguna para la teoría de la histeria. Pero proseguí mi análisis porque tenía la expectativa cierta de que a partir de estratos más profundos de la conciencia se conseguiría entender tanto la causación como el determinismo del síntoma histérico. Me resolví, pues, a plantear, a la conciencia ensanchada de la enferma, la pregunta directa por la impresión psíquica a que se anudó la génesis primera de los dolores en las piernas.

A este fin me proponía poner a la enferma en hipnosis profunda. Pero, por desgracia, hube de percibir que ninguno de los procedimientos que yo poseía para ese objeto la llevaba a un estado de conciencia diverso de aquel en que me había hecho su confesión. Sólo me quedó alegrarme cordialmente de que esta vez omitiera espetarme con aire triunfante: «Vea usted, no estoy dormida, no me pueden hipnotizar». En ese aprieto se me ocurrió aplicar aquel artificio de la presión sobre la cabeza, la historia de cuya génesis he detallado en la precedente observación sobre Miss Lucy [págs. 125 y sigs.]. Lo puse en práctica exhortando a la enferma a comunicarme puntualmente todo cuanto en el momento de la presión emergiera ante su visión interior o pasara por su recuerdo. Calló largo tiempo y luego confesó, por mí esforzada, haber pensado en cierto atardecer en que un joven la acompañó a casa después de una reunión social, los coloquios que hubo entre ella y él, y las sensaciones con que luego regresó a casa a cuidar a su padre.

Con esta primera mención de ese joven se abría un nuevo frente de batalla cuyo contenido yo iría sacando a la luz sólo poco a poco. Aquí se trataba más bien de un secreto, pues, exceptuada una amiga común, a nadie había

puesto al corriente de sus relaciones ni de las esperanzas a ellas anudadas. Era el hijo de una familia amiga de la suya desde hacía mucho, y que era vecina en su residencia anterior. El joven, huérfano también, se había apegado con gran devoción al padre de ella, seguido sus consejos en su carrera, y extendido a las damas de la familia la veneración que sentía por el padre. Numerosos recuerdos de lecturas en común, intercambio de ideas, manifestaciones de él que a ella le contaron luego, trazaban los contornos de su creciente convicción de que él la amaba, y comprendía que casarse con él no le impondría los sacrificios que temía del matrimonio. Por desdicha era sólo muy poco mayor que ella, y ni hablar en aquel tiempo de que poseyera recursos propios; pero estaba firmemente decidida a esperarlo.

Cuando el padre contrajo su grave enfermedad y ella se vio requerida como cuidadora, ese trato se volvió cada vez más raro. El atardecer del que ella se había acordado dibujaba justamente el apogeo de su sentimiento; sin embargo, no se había llegado en ese tiempo a una declaración {*Aussprache*} entre ambos. A instancias {*Drängen*} de los suyos y de su propio padre, había consentido ese día en apartarse del lecho del enfermo para asistir a una reunión social en la cual tenía motivos para esperar encontrarlo. Después quiso volver temprano a casa, pero la constriñeron a quedarse, y ella cedió al prometerle él acompañarla. Nunca había sentido tanta calidez {*warm*} hacia él como durante ese acompañamiento; pero cuando después, en ese arrobamiento, entró en la casa, se encontró con que el estado de su padre había empeorado y se hizo los más acerbos reproches por consagrar tanto tiempo a su gusto personal. Esa fue la última vez que abandonó al padre enfermo durante toda una tarde; sólo en raras oportunidades volvió a ver a su amigo; tras la muerte del padre, pareció que él se alejaba por respeto a su dolor, y luego la vida lo encaminó por otras sendas; poco a poco ella había debido familiarizarse con el pensamiento de que su interés por ella había sido suplantado {*verdrängen*} por otros sentimientos, y de que lo había perdido. Pero este fracaso de su primer amor le seguía doliendo cada vez que se acordaba.

En estas constelaciones y en la mencionada escena, a la cual llevaron, me era lícito entonces buscar la causación de los primeros dolores histéricos. Por el contraste entre la beatitud que se había permitido entonces y la miseria en medio de la cual halló a su padre en casa quedaba planteado un conflicto, un caso de inconciliabilidad. Como resultado del conflicto, la representación erótica fue reprimida

{esforzada al desalojo} de la asociación, y el afecto a ella adherido fue aplicado para elevar o reanimar un dolor corporal presente de manera simultánea (o poco anterior). Era, pues, el mecanismo de una *conversión con el fin de la defensa,* tal como lo he tratado en detalle en otro lugar.[6]

Hay sitio aquí, desde luego, para toda clase de puntualizaciones. Debo destacar que no conseguí demostrar, a partir de su recuerdo, que en aquel momento de regreso a la casa se hubiera consumado la conversión. Por eso exploré vivencias parecidas del tiempo en que cuidaba al enfermo, y convoqué una serie de escenas entre las cuales el saltar de la cama con los pies desnudos en la habitación fría {*kalt*} a un llamado del padre se destacaba por su frecuente repetición. Yo me inclinaba a atribuir a este factor una cierta significatividad porque junto a la queja por el dolor en las piernas estaba la queja por una martirizadora sensación de frío. Empero, tampoco aquí pude atrapar una escena que pudiera designarse con certeza como la escena de la conversión. Por eso me inclinaba a admitir aquí una laguna en el esclarecimiento, hasta que recapacité y recordé el hecho de que los dolores histéricos en las piernas no estaban presentes todavía en la época del cuidado al enfermo. Su recuerdo informaba sólo de un único ataque de dolor, que duró varios días pero no atrajo entonces atención ninguna [pág. 156]. Mi investigación se dirigió, pues, a esa primera emergencia del dolor. Fue posible reanimar con certeza su recuerdo; justamente por esos días había venido de visita un pariente a quien no pudo recibir por estar postrada en cama, y ese mismo, dos años después, había tenido también el infortunio de encontrarla en cama. Pero la busca de una ocasión psíquica para estos primeros dolores resultó infructuosa todas las veces que se la emprendió. Creí tener derecho a suponer que aquellos primeros dolores habían sobrevenido realmente *sin* ocasión psíquica, como afección reumática leve, y hasta pude averiguar que esa enfermedad orgánica, el arquetipo de la posterior imitación histérica, debía situarse sin duda en un período *anterior* a la escena del acompañamiento. De cualquier modo, era posible que estos dolores, siendo de base orgánica y bastante leves, hubieran durado algún tiempo sin llamar mucho la atención. De aquí se engendra un punto oscuro, a saber: que el análisis indique una conversión de excitación psíquica en dolor corporal en una época en que sin duda ese dolor no se registraba y no era recordado; he

[6] [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*) y *supra*, pág. 36*n*.]

ahí un problema que espero solucionar mediante ulteriores elucidaciones y otros ejemplos. [Cf. págs. 181 y sigs.][7]

Con el descubrimiento del motivo para la primera conversión se inició un segundo período, más fructífero, del tratamiento. Ante todo, la enferma me sorprendió con la comunicación de que ahora sabía por qué los dolores partían siempre de aquel determinado lugar del muslo derecho, y eran ahí más violentos. Es el lugar donde cada mañana descansaba la pierna de su padre mientras ella renovaba las vendas que envolvían su pierna fuertemente hinchada. Esto había sucedido cientos y cientos de veces, y era curioso que hasta hoy ella nunca hubiera reparado en ese nexo. Así me ofrecía la explicación deseada para la génesis de una zona histerógena *atípica.* Además, las piernas doloridas empezaron a «entrometerse» * siempre en nuestros análisis. [Cf. pág. 301.] Me refiero a este notable estado de cosas: La enferma estaba casi siempre libre de dolor cuando nos poníamos a trabajar; en tales condiciones, si yo, mediante una pregunta o una presión sobre la cabeza, convocaba un recuerdo, se insinuaba primero una sensación dolorosa, las más de las veces tan viva que la enferma se estremecía y se llevaba la mano al lugar del dolor. Este dolor despertado subsistía mientras el recuerdo gobernaba a la enferma, alcanzaba su apogeo cuando estaba en vías de declarar {*aussprechen*} lo esencial y decisivo de su comunicación, y desaparecía con las últimas palabras que pronunciaba. Poco a poco aprendí a utilizar como brújula ese dolor despertado; cuando ella enmudecía, pero todavía acusaba dolores, yo sabía que no lo había dicho todo y la instaba a continuar la confesión hasta que el dolor fuera removido por la palabra {*wegsprechen*}. Sólo entonces le despertaba un nuevo recuerdo.

En este período de «abreacción» el estado de la enferma mejoró de manera tan llamativa, tanto en el aspecto somático como en el psíquico, que yo solía aseverar, medio en broma, que cada vez le quitaba un cierto *quantum* de motivos de dolor y, cuando los hubiera removido todos, ella sanaría. Pronto llegó a pasar la mayor parte del tiempo sin dolores, consintió en caminar mucho y abandonar el aislamiento que hasta entonces mantenía. En el curso del aná-

[7] No puedo descartar, pero tampoco probar, que estos dolores que interesaban principalmente a los muslos fueran de naturaleza *neurasténica.* [Cf. pág. 187*n.*]

* {«*mitsprechen*»; literalmente, «intervenir en la conversación».}

lisis yo obedecía ora a las oscilaciones espontáneas de su estado, ora a mi estimación sobre dónde creía que se hallaba un fragmento aún no agotado de su historia de padecimiento. En esa tarea obtuve algunas percepciones interesantes, cuyas enseñanzas hallé confirmadas más tarde en otros enfermos.

En primer lugar, por lo que respecta a las oscilaciones espontáneas: en verdad no se producía ninguna que no hubiera sido provocada asociativamente por un suceso del día. Una vez se había enterado de cierta enfermedad contraída por alguien del círculo de sus conocidos, y por un detalle le recordó a la de su padre; otra vez había estado de visita el hijo de su difunta hermana, y el parecido le reavivó el dolor por la muerta; y otra vez, aún, fue cierta carta de la hermana que vivía distanciada, en la que era nítida la influencia del cuñado desconsiderado, la que demandó la comunicación de una escena familiar todavía no referida. Como ella nunca presentaba dos veces la misma ocasión de dolor, no parecía injustificada nuestra expectativa de agotar de tal suerte el acopio, y en modo alguno me resistía a que se pusiera en situaciones aptas para evocar recuerdos nuevos, todavía no llegados a la superficie; por ejemplo, mandándola a visitar la tumba de su hermana o haciéndola concurrir a una reunión donde pudiera ver a su amigo de juventud, ahora de nuevo presente.

Después, obtuve un panorama sobre el modo en que se genera una histeria que cabe designar como *monosintomática*. En efecto, hallé que la pierna derecha se dolía en el curso de nuestras hipnosis cuando se trataba de recuerdos del cuidado de su padre enfermo, del trato con aquel compañero de juventud y otras cosas que caían dentro del primer período del tiempo patógeno, mientras que el dolor se anunciaba en la otra pierna, la izquierda, tan pronto le despertaba un recuerdo sobre la hermana difunta, los dos cuñados, en suma, una impresión de la segunda mitad de su historia de padecimiento. Alertado por este comportamiento constante, me puse a indagarlo y obtuve la impresión de que esa especificación era aún mayor, como si cada nueva ocasión psíquica de sensaciones dolidas se hubiera enlazado con un diverso lugar del área dolorosa de las piernas. El lugar originariamente doloroso del muslo derecho se había referido al cuidado de su padre; a partir de ahí, el ámbito de dolor había crecido, por aposición, desde nuevas ocasiones traumáticas, de suerte que aquí, en rigor, no se estaba frente a un síntoma corporal *único* que se enlazara con múltiples complejos mnémicos psíquicos, sino a una multiplicidad de

síntomas similares que al abordaje superficial parecían fusionados en un solo síntoma. Es cierto que no me empeñé en deslindar las zonas de dolor correspondientes a las diversas ocasiones psíquicas; no lo hice porque hallé la atención de la enferma por completo extrañada de tales vínculos.

Ahora bien, presté más amplio interés al modo en que todo el complejo sintomático de la abasia pudo edificarse sobre esas zonas dolorosas, y con ese propósito formulé diversas preguntas, como: «¿De dónde provienen los dolores al andar, estar de pie, yacer?», que la paciente respondió en parte sin que mediara influjo, en parte bajo la presión de mi mano. De ahí resultaron dos cosas. Por un lado, me agrupó todas las escenas conectadas con impresiones dolorosas según que en ellas hubiera estado sentada o de pie, etc. Así, por ejemplo, *estaba de pie* junto a una puerta cuando trajeron a casa al padre tras sufrir un ataque al corazón [pág. 156], y en su terror ella *quedó de pie* como plantificada. A este primer «terror *estando de pie*» {«*stehen*»} le seguían otros recuerdos, hasta llegar a la escena terrible en que de nuevo se quedó parada {*stehen*}, como presa de un hechizo, frente al lecho de su hermana muerta [pág. 158]. Toda esa cadena de reminiscencias estaba destinada a evidenciar el justificado enlace de los dolores con el estar de pie, y aun podía considerarse como prueba de una asociación; empero, uno debía tener presente el requisito de que en todas esas oportunidades era preciso que se registrara, además, otro factor que dirigiera la atención —y en ulterior consecuencia la conversión— justamente al estar de pie (o al andar, estar sentada, etc.). Y la explicación para este sesgo de la atención parecía tener que buscarse en la circunstancia de que andar, estar de pie y yacer se anudan a operaciones y estados de aquellas partes del cuerpo que eran en este caso las portadoras de las zonas dolorosas, a saber, las piernas. De ese modo resultaba fácil de comprender el nexo entre la astasia-abasia y el primer caso de conversión en este historial clínico.

Entre las escenas que conforme a esa recapitulación habían vuelto doloroso el *caminar* {*gehen*} resaltó una, la caminata que hizo en aquel lugar de restablecimiento junto con un grupo nutrido de personas y que presuntamente había sido demasiado extensa [pág. 157]. Las circunstancias más detalladas de este episodio se revelaron sólo de manera vacilante y dejaron muchos enigmas sin solucionar. Estaba ella de talante particularmente sentimental, de buena gana se unió al círculo de personas amigas; era un bello día, no demasiado caluroso; su mamá permaneció en casa, su hermana mayor ya había partido de viaje, la segunda no se

sentía bien pero no quiso estropearle el disfrute; el marido de esta hermana declaró al comienzo que se quedaría junto a su mujer, y después marchó también por amor de ella (de Elisabeth). Me pareció que esta escena tenía mucho que ver con la primera emergencia de los dolores, pues ella se acordaba de haber regresado del paseo muy cansada y con fuertes dolores, pero no se manifestó con seguridad sobre si ya los había sentido antes. Yo argüí que de haber sentido dolores considerables era difícil que se resolviera a compartir esa larga jornada. A la pregunta sobre qué, en ese paseo, habría provocado los dolores, recibí la respuesta, no del todo trasparente, de que el contraste entre su soledad y la dicha conyugal de su hermana enferma, que la conducta de su cuñado le ponía de continuo ante los ojos, la habría dolido.

Otra escena, muy próxima en el tiempo a la anterior, desempeñó un papel en el enlace de los dolores con el *estar sentado*. Fue algunos días después; su hermana y su cuñado ya habían viajado, ella se hallaba excitada, añorante; se levantó {*aufstehen*} por la mañana temprano, dirigió sus pasos {*hinaufgehen*} hacia una pequeña colina, hasta un lugar que solían frecuentar juntos y ofrecía un espléndido panorama, y ahí se sentó {*setzen sich*}, absorta en sus pensamientos, sobre un banco de piedra. Sus pensamientos volvieron a dirigirse a su soledad, el destino de su familia y el ardiente deseo de llegar a ser tan feliz como su hermana lo era, confesó ella esta vez desembozadamente. De esa meditación matinal regresó con fuertes dolores, y la tarde de ese mismo día tomó el baño tras el cual aquellos le sobrevinieron de manera definitiva y duradera [pág. 157].

Con toda precisión se averiguó, además, que los dolores al caminar y estar de pie solían calmarse en un comienzo al *yacer* {*liegen*}. Sólo cuando, anoticiada del agravamiento de su hermana, hubo partido de Gastein al atardecer y toda esa noche la martirizaron, además de la preocupación por su hermana, unos furiosos dolores mientras yacía extendida, insomne, en el vagón de ferrocarril, se estableció también la conexión del yacer con los dolores, y durante todo un período el yacer fue aún más doloroso que el caminar y el estar de pie.

De tal suerte, en primer lugar, la zona dolida crecía por aposición, pues cada nuevo tema de eficacia patógena investía una nueva región de las piernas; en segundo lugar, cada una de las escenas impresionantes había dejado tras sí una huella, pues producía una «investidura» permanente, que se acumulaba más y más, de las diversas funciones de las piernas, un enlace de estas funciones con las sensaciones de do-

lor; pero, además, era inequívoco que en la plasmación de la astasia-abasia había cooperado un tercer mecanismo. Si la enferma puso fin al relato de toda una serie de episodios con la queja de que ahí se había sentido dolida de su «*soledad*» {«*Alleinstehen*»}, y en otra serie, que abarcaba sus infortunados intentos de establecer una vida familiar nueva, no cesaba de repetir que lo doliente ahí era el sentimiento de su *desvalimiento*, la sensación de «*no avanzar un paso*», yo no podía menos que atribuir a sus reflexiones un influjo sobre la plasmación de la abasia; me vi llevado a suponer que ella directamente buscaba una expresión *simbólica* para sus pensamientos de tinte dolido, y lo había hallado en el refuerzo de su padecer. Ya en nuestra «Comunicación preliminar» sostuvimos [pág. 31] que mediante una simbolización {*Symbolisierung*} así pueden generarse síntomas somáticos de la histeria; en la «Epicrisis» que agrego a este historial clínico detallaré algunos ejemplos que lo prueban de manera indudable. [Cf. págs. 189 y sigs.] En la señorita Elisabeth von R. el mecanismo psíquico de la simbolización no se situaba en primera línea, él no había creado la abasia, pero todo indicaba que la abasia preexistente había experimentado un refuerzo sustancial por este camino. De acuerdo con ello, esta abasia, en el estadio de desarrollo en que yo la encontré, no era equiparable sólo a una parálisis funcional asociativa psíquica, sino también a una parálisis funcional simbólica.

Antes de proseguir con la historia de mi enferma quiero agregar algunas palabras sobre su conducta durante este segundo período del tratamiento. En el curso de todo este análisis me valí del método de convocar mediante presión sobre la cabeza imágenes y ocurrencias, vale decir, un método inaplicable sin plena colaboración y atención voluntaria de la enferma. [Cf. págs. 127-8.] Y aun su conducta a veces satisfacía todo cuanto yo pudiera desear, y en esos períodos era de hecho sorprendente cuán pronto y ordenadas de una manera infaliblemente cronológica se instalaban las diversas escenas pertenecientes a cierto tema. Era como si ella leyese un largo libro ilustrado, cuyas páginas se dieran vuelta ante sus ojos. Otras veces parecían existir obstáculos, cuya naturaleza yo ni vislumbraba en ese tiempo. Cuando ejercía mi presión, ella aseveraba que no se le ocurría nada; repetía la presión, le indicaba aguardar, y de nuevo nada salía. Las primeras ocasiones en que apareció esta contumacia acepté interrumpir el trabajo so pretexto de que el día no era propicio; otra vez sería. Pero dos percepciones me indujeron a cambiar mi conducta. En primer lugar, que esa denegación

del método sólo ocurría cuando había hallado a Elisabeth alegre y libre de dolor, nunca cuando yo llegaba en un mal día; en segundo lugar, que esa indicación de no ver nada ante sí solía darla después que había dejado pasar una larga pausa, durante la cual su gesto tenso y atareado me denunciaba empero un proceso anímico en ella. Me resolví entonces a suponer que el método nunca fracasaba, y que bajo la presión de mi mano Elisabeth tenía siempre una ocurrencia en la mente o una imagen ante los ojos, pero no todas las veces estaba dispuesta a comunicármela, sino que intentaba volver a sofocar lo conjurado. Podía imaginarme dos motivos para ese silencio: o bien Elisabeth ejercía sobre su ocurrencia una crítica a la que no tenía derecho —no la hallaba lo bastante valiosa, creía que no venía al caso como respuesta a la pregunta planteada—, o bien la horrorizaba indicarla porque... le resultaba demasiado desagradable su comunicación. Procedí entonces como si estuviera enteramente convencido de la confiabilidad de mi técnica. Ya no lo dejé pasar cuando ella aseveraba no ocurrírsele nada. Le aseguraba que por fuerza algo se le había ocurrido; acaso ella no le había prestado suficiente atención, y entonces yo repetiría la presión; o bien ella había creído que su ocurrencia no era la pertinente. Y le decía que esto último no era cosa de su competencia; estaba obligada a mantener total objetividad y a decir lo que se le pasara por la cabeza, viniera o no al caso. Por último, que yo sabía con certeza que algo se le había ocurrido; ella me lo mantenía en secreto, pero nunca se libraría de sus dolores mientras mantuviera algo en secreto. Mediante este esforzar conseguí que realmente ninguna presión resultase ya infructuosa. Me vi precisado a suponer que había discernido de manera correcta el estado de la cuestión, y a raíz de este análisis cobré de hecho una confianza absoluta en mi técnica. A menudo sucedía que sólo tras la tercera presión me comunicara algo, pero luego ella misma agregaba: «Se lo habría podido decir la primera vez». — «Ajá, ¿y por qué no lo dijo?». — «Creí que no era lo pertinente», o «Pensé que podía pasarlo por alto, pero eso volvió todas las veces». En el curso de este difícil trabajo empecé a atribuir una significación más profunda a las resistencias que la enferma mostraba a reproducir sus recuerdos, y a compilar con cuidado las ocasiones a raíz de las cuales aquella se denunciaba de un modo particularmente llamativo.[8]

[8] [Primera mención del importante fenómeno clínico de la «resistencia», examinado con más detenimiento *infra*, págs. 275 y sigs.]

Paso ahora a exponer el tercer período de nuestro tratamiento. La enferma se sentía mejor, estaba psíquicamente aliviada y se había vuelto productiva, pero era evidente que los dolores no habían sido eliminados; volvían de tiempo en tiempo y, por cierto, con su antigua violencia. Lo incompleto del éxito terapéutico se correspondía con lo incompleto del análisis: aún yo no sabía con exactitud en qué momento y a través de qué mecanismo habían nacido los dolores. En el segundo período, mientras ella reproducía las más diversas escenas y yo observaba sus resistencias a referirlas, se había formado en mí cierta sospecha; pero aún no osaba convertirla en base de mi obrar. Una percepción casual inclinó la balanza. Cierta vez que trabajábamos con la enferma, escuché pasos de hombre en la habitación contigua, una voz de agradable timbre que parecía preguntar algo, y hete aquí que mi paciente se levanta con el ruego de suspender por hoy; es que ha escuchado —dice— que su cuñado llegó y pregunta por ella. Hasta ese momento había estado libre de dolores, y tras esta perturbación su gesto y su andar denunciaban la repentina emergencia de fuertes dolores. Vi confirmada mi sospecha y me resolví a producir el esclarecimiento decisivo.

Formulé entonces la pregunta por las circunstancias y causas de la primera emergencia de los dolores. Como respuesta, sus pensamientos se orientaron hacia la residencia veraniega en aquel lugar de restablecimiento, antes del viaje a Gastein, y de nuevo se mostraron algunas escenas que ya habían sido tratadas antes de manera menos exhaustiva. Su estado de ánimo en aquel tiempo, su agotamiento tras la preocupación por la vista de la madre y tras el cuidado de la enferma en la época en que la operaron de los ojos, su desesperanza última, como muchacha sola, de gozar algo de la vida o de producir algo en ella. Hasta entonces se le antojaba que era lo bastante fuerte para prescindir del apoyo de un hombre; ahora se apoderaba de ella un sentimiento de su debilidad como mujer, una añoranza de amor en la que, según sus propias palabras, la solidez de su ser empezaba a derretirse. En ese talante, el matrimonio dichoso de la más joven de sus hermanas le causó la más profunda impresión: cuán conmovedoramente cuidaba él de ella, cómo se entendían con sólo mirarse, cuán seguros parecían uno del otro. Era por cierto lamentable que el segundo embarazo siguiera tan rápido al primero, y la hermana sabía que este era el motivo de su enfermedad, pero ¡cuán animosamente la sobrellevó por ser él la causa! En aquella caminata enlazada de manera tan íntima con los dolores de Elisabeth,

el cuñado al principio no quería participar, pues prefería permanecer junto a su mujer enferma. Pero esta, con una mirada, lo movió a ir, pues pensaba que ello alegraría a Elisabeth. Todo el tiempo permaneció Elisabeth en su compañía, hablaron sobre las cosas más variadas e íntimas, y ella estuvo de acuerdo con todo lo que él decía, y se le hizo hiperpotente el deseo de poseer un hombre que se le pareciese. Pocos días después siguió la escena en que, tras la partida, ella visitó por la mañana el punto panorámico que había sido paseo predilecto de los ausentes. Se sentó allí sobre una piedra y soñó de nuevo con una dicha de amor como la deparada a su hermana, y con un hombre que supiera cautivar su corazón como ese cuñado. Se puso de pie {*aufstehen*} con dolores, que empero otra vez desaparecieron; sólo a la siesta, tras el baño caliente {*warm*} que tomó en ese lugar, se abatieron sobre ella los dolores que de ahí en adelante no la habían abandonado. Intenté explorar qué clase de pensamientos la ocuparon entonces en el baño; pero sólo se averiguó que la casa de baños le recordaba a sus hermanos que habían viajado, porque habían parado en la misma casa.

A mí por fuerza se me había aclarado hacía rato de qué se trataba; pero la enferma, abismada en dulces y dolidos recuerdos, parecía no reparar a qué puerto se acercaba, y prosiguió reflejando sus reminiscencias. Vino el tiempo pasado en Gastein, la aprensión con que abría cada carta, por último la noticia de que la hermana empeoraba, la prolongada espera hasta la tarde para poder abandonar Gastein, el viaje en martirizadora incertidumbre, en una noche insomne —momentos todos estos acompañados de un fuerte aumento en los dolores—. Pregunté si durante el viaje se había representado la triste posibilidad que luego resultó realizada. Respondió que había esquivado cuidadosamente ese pensamiento, pero opinó que su madre desde el comienzo mismo imaginaba lo peor. — A ello siguió un recuerdo de la llegada a Viena, las impresiones que recibieron de los parientes que las esperaban, el corto viaje desde Viena hasta la villa cercana donde vivía la hermana, la llegada allí al atardecer, el camino, recorrido con premura, a través del jardín hasta el pequeño pabellón que daba a aquel, el silencio en la casa, la oscuridad oprimente; cuenta que el cuñado no salió a recibirlas; luego, estaban de pie ante el lecho, vieron a la muerta, y en el momento de la cruel certidumbre de que la hermana querida había muerto sin despedirse de ellas, sin que el cuidado de ellas fuera el bálsamo de sus últimos días... en ese mismo momento un pensamiento otro

pasó como un estremecimiento por el cerebro de Elisabeth, pensamiento que ahora se había instalado de nuevo irrechazablemente; pasó como un rayo refulgente en medio de la oscuridad: «Ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa».

Así todo quedaba en claro. El empeño del analista era recompensado abundantemente: la idea de la «defensa» frente a una representación inconciliable; de la génesis de síntomas histéricos por conversión de una excitación psíquica a lo corporal; de la formación de un grupo psíquico separado por el acto de voluntad que lleva a la defensa: todo eso me fue puesto en aquel momento ante los ojos de un modo visible. Así y no de otra forma había sucedido todo aquí. Esta muchacha había regalado a su cuñado una inclinación tierna, contra cuya admisión se revolvía dentro de su conciencia todo su ser moral. Había conseguido ahorrarse la dolorosa certidumbre de que amaba al marido de su hermana creándose a cambio unos dolores corporales, y en los momentos en que esa certidumbre pretendía imponérsele (durante el paseo con él, en aquella ensoñación matinal, en el baño, ante el lecho de la hermana) habían sido generados aquellos dolores por una lograda conversión a lo somático. En la época en que la tomé bajo tratamiento, ya se había consumado la segregación —de su saber— de los grupos de representaciones referidas a ese amor; opino que de otro modo nunca habría consentido en tal tratamiento; la resistencia que ella repetidas veces había contrapuesto a la reproducción de escenas de eficacia traumática correspondía realmente a la energía con la cual la representación inconciliable había sido esforzada afuera de la asociación.

Ahora bien, para el terapeuta sobrevino primero un período malo. El efecto de la readmisión de aquella representación reprimida fue desconsolador para la pobre criatura. Cuando le resumí el estado de la causa con escuetas palabras —desde hacía mucho tiempo estaba enamorada de su cuñado—, se puso a proferir ayes. En ese instante se quejó de dolores crudelísimos, hizo todavía un desesperado intento por rechazar ese esclarecimiento. Que eso no es cierto, que yo se lo había sugerido, que no puede ser, que ella no es capaz de semejante perversidad. Y tampoco se lo perdonaría nunca. Resultó fácil demostrarle que sus propias comunicaciones no admitían otra interpretación, pero hubo de pasar largo tiempo hasta que le hicieran alguna impresión las razones de consuelo que yo le aduje: uno es irresponsable por sus propios sentimientos, y su conducta, el haber enfermado

bajo aquellas ocasiones, era suficiente testimonio de su naturaleza moral.

Me vi precisado entonces a emprender *más de un* camino para procurar alivio a la enferma. Primero quise darle la oportunidad de aligerarse por «abreacción» de esa excitación almacenada desde hacía tanto tiempo. Exploramos las primeras impresiones del trato con su cuñado, el comienzo de esa inclinación que se mantuvo inconciente. Aquí se hallaron todos aquellos pequeños signos previos y vislumbres desde los cuales una pasión plenamente desarrollada permite comprender tantas cosas en visión retrospectiva. En su primera visita a la casa, había creído él que era *ella* la novia que le estaba destinada, y la saludó antes que a las hermanas mayores, que no estaban presentes. Cierto atardecer platicaban entre ellos con tanta vivacidad y parecían entenderse tan bien que la novia los interrumpió con esta observación, dicha medio en serio: «En verdad, harían ustedes muy buena pareja». Otra vez fue en una reunión social; los asistentes todavía no sabían nada sobre los esponsales, y la conversación recayó sobre el joven: una dama criticó cierto defecto de su figura que era secuela de una enfermedad juvenil a los huesos. La novia misma permaneció impasible, pero Elisabeth se sobresaltó y abogó por la buena estampa de su futuro cuñado con un celo que luego a ella misma le resultó incomprensible. En el proceso a través del cual reelaboramos estas reminiscencias, se volvió claro para Elisabeth que el sentimiento de ternura hacia su cuñado era de larga data, quizá dormitaba en ella desde que se conocieron y durante mucho tiempo se había escondido tras la máscara de una mera afección hacia un pariente, bien comprensible en ella dado su alto sentido de familia.

Esta abreacción le hizo decididamente muy bien; más alivio aún pude aportarle ocupándome como un amigo de situaciones del presente. Con ese propósito busqué conversar con la señora Von R., en quien hallé a una dama razonable y fina, aunque su coraje de vivir había padecido bajo los últimos golpes del destino. Por ella me enteré de que el reproche de exacción desconsiderada, que el primer cuñado había elevado contra el viudo y tanto doliera a Elisabeth, debió ser retirado tras una averiguación mejor. El carácter del joven no había sufrido mengua; un malentendido, una diferencia harto comprensible en la apreciación del dinero entre el comerciante, para quien aquel es un instrumento de trabajo, y el opuesto modo de ver del empleado; eso era todo, nada más había de cierto en ese hecho al parecer tan penoso. Rogué a la madre que en lo sucesivo diera a Elisa-

beth todos los esclarecimientos de que ella necesitaba, y le siguiera brindando aquella oportunidad de comunicación anímica a la que yo la había habituado.

Desde luego, me interesó saber también qué perspectivas tenía el deseo de la muchacha, devenido ahora conciente, de hacerse realidad. ¡Ah! Aquí las cosas tenían un aspecto menos favorable. La madre dijo que hacía tiempo había vislumbrado la inclinación de Elisabeth hacia su cuñado, aunque no sabía que pudiera haberla tenido ya en vida de su hermana. Quien los viera juntos —cosa que se había vuelto muy rara— no podía albergar ninguna duda sobre el propósito de la muchacha de gustarle. Sólo que ni ella, la madre, ni quienes aconsejaban en la familia eran muy partidarios de una unión matrimonial de ellos. La salud del joven no era muy buena y había sufrido un nuevo golpe con la muerte de su amada esposa; tampoco era muy seguro que se hubiera recuperado en lo anímico como para volver a casarse. Era probable —me siguió diciendo la madre— que él se mantuviera tan reservado porque, sin estar seguro de que lo aceptarían, no quería entablar conversación sobre el tema. Dada esta reserva de ambas partes, era muy posible que fracasara la solución que Elisabeth ansiaba para sí.

Comuniqué a la muchacha todo cuanto había averiguado de la madre, y tuve el contento de hacerle un bien esclareciéndole aquel asunto de dinero; por otra parte, la exhorté a soportar en calma la incertidumbre sobre el futuro, que no se podía disipar. Pero como era ya avanzado el verano, fue preciso poner fin al tratamiento. De nuevo se encontraba mejor, de sus dolores ni se hablaba entre nosotros desde que nos ocupábamos de la causa a la que se pudieron reconducir. Ambos teníamos la sensación de haber terminado, aunque yo me dije que la abreacción de la ternura retenida no se había hecho de una manera en verdad muy completa. La di por curada, aunque le prescribí que continuara por su cuenta con esa solución, una vez encaminada, y ella no me contradijo. Partió de viaje con su madre para encontrarse con su hermana mayor y su familia en una residencia veraniega que compartirían.

He de informar todavía brevemente sobre la ulterior trayectoria de la enfermedad en la señorita Elisabeth von R. Algunas semanas después de nuestra despedida recibí una carta desesperada de la madre; me comunicaba que al primer intento de hablar con Elisabeth sobre los asuntos de su corazón, ella se rebeló con total indignación y desde entonces le habían vuelto unos violentos dolores; estaba disgustada conmigo por haberle traicionado su secreto, se mostraba en-

teramente inaccesible, la cura se había arruinado de una manera total. ¿Qué hacer ahora? Ella no quería saber nada conmigo. Yo no di ninguna respuesta; era de esperar que hiciera todavía el intento de rechazar la intromisión de la madre y recogerse en su reserva después que se había soltado de mi yugo. Pero yo tenía algo así como la certeza de que todo se arreglaría, de que mi empeño no había sido en vano. Dos meses después estaban de regreso en Viena, y el colega a quien debía mi presentación ante la enferma me trajo la noticia de que Elisabeth se encontraba completamente bien, se comportaba como sana, aunque, cierto es, de vez en cuando aún tenía dolores. Desde entonces, ella me ha enviado repetidas veces parecidos recados, y siempre me prometía visitarme; pero es característico de la relación personal que se plasma en tales tratamientos que nunca lo haya hecho. Según me asegura mi colega, se la debe considerar curada; la relación del cuñado con la familia no ha variado.

En la primavera de 1894 me enteré de que concurriría a un baile, para el cual pude procurarme acceso, y no dejé escapar la oportunidad de ver a mi antigua enferma en el alígero vuelo de una rápida danza. Más tarde, por su libre inclinación, se casó con un extraño.

Epicrisis

No he sido psicoterapeuta siempre, sino que me he educado, como otros neuropatólogos, en diagnósticos locales y electroprognosis, y por eso a mí mismo me resulta singular que los historiales clínicos por mí escritos se lean como unas novelas breves, y de ellos esté ausente, por así decir, el sello de seriedad que lleva estampado lo científico. Por eso me tengo que consolar diciendo que la responsable de ese resultado es la naturaleza misma del asunto, más que alguna predilección mía; es que el diagnóstico local y las reacciones eléctricas no cumplen mayor papel en el estudio de la histeria, mientras que una exposición en profundidad de los procesos anímicos como la que estamos habituados a recibir del poeta me permite, mediando la aplicación de unas pocas fórmulas psicológicas, obtener una suerte de intelección sobre la marcha de una histeria. Tales historiales clínicos pretenden que se los aprecie como psiquiátricos, pero en una cosa aventajan a estos: el íntimo vínculo entre historia de padecimiento y síntomas patológicos, que en vano buscaríamos en las biografías de otras psicosis.

Me he empeñado en entretejer los esclarecimientos que puedo dar sobre el caso de la señorita Elisabeth von R. en la exposición de su historial de curación; acaso no sea superfluo repetir aquí lo esencial en su trabazón. He descrito el carácter de la enferma, los rasgos que se repiten en tantos histéricos y que en verdad no parece que se puedan atribuir a una degeneración: talento, ambición, fineza moral, necesidad hipertrófica de amor, que al comienzo halla su satisfacción dentro de la familia; la independencia de su naturaleza, que rebasaba en mucho al ideal femenino y que se exteriorizaba en una buena porción de terquedad, espíritu combativo y reserva. Según lo informado por mi colega, en ninguna de las ramas de su familia se pesquisaba un lastre hereditario considerable; es cierto que su madre padeció durante años una desazón neurótica no explorada en detalle; pero sus hermanas, el padre y la familia de este podían contarse entre las personas equilibradas, no nerviosas. Entre los parientes más cercanos no se había producido ningún caso grave de neuropsicosis.

Ahora bien, sobre esta naturaleza obraron unas dolientes emociones; en primer lugar, el influjo despotenciador de un largo cuidado de su amado padre enfermo.

Hay buenas razones para que el cuidado de un enfermo desempeñe tan significativo papel en la prehistoria de la histeria. Una serie de los factores eficientes en ese sentido es evidente: la perturbación del estado corporal por dormir a saltos, el descuido del propio cuerpo, el efecto de rechazo que sobre las funciones vegetativas ejerce una preocupación que a uno lo carcome; sin embargo, yo estimo que lo esencial se encuentra en otra parte. Quien tiene la mente ocupada por la infinidad de tareas que supone el cuidado de un enfermo, tareas que se suceden en interminable secuencia a lo largo de semanas y de meses, por una parte se habitúa a sofocar todos los signos de su propia emoción y, por la otra, distrae pronto la atención de sus propias impresiones porque le faltan el tiempo y las fuerzas para hacerles justicia. Así, el cuidador de un enfermo almacena en su interior una plétora de impresiones susceptibles de afecto; apenas si se las ha percibido con claridad, y menos todavía pudieron ser debilitadas por abreacción. Así se crea el material para una «histeria de retención» [cf. pág. 222 y *n.*]. Si el enfermo cura, todas esas impresiones son fácilmente desvalorizadas; pero si muere, irrumpe el tiempo del duelo, en el cual sólo parece valioso lo que se refiere al difunto, y entonces

les toca el turno también a esas impresiones que aguardaban tramitación y, tras un breve intervalo de agotamiento, estalla la histeria cuyo germen se había instilado mientras se cuidaba al enfermo.

En ocasiones, este mismo hecho de la tramitación con posterioridad {*nachträglich*} de los traumas reunidos durante el cuidado al enfermo se encuentra también donde no se genera la impresión global de la condición patológica, pero el mecanismo de la histeria se ha mantenido. Así, conozco a una señora de elevadas dotes que padece de una leve afección nerviosa; todo su ser testimonia a la histérica, aunque ella nunca ha importunado a los médicos y jamás se vio obligada a interrumpir el cumplimiento de sus deberes. Esta señora ya ha cuidado hasta la muerte a tres o cuatro de sus deudos queridos, y cada vez hasta llegar al total agotamiento físico, pero luego de esas tristes operaciones no contrajo enfermedad alguna. Sin embargo, poco después de la muerte del enfermo empieza en ella el trabajo de reproducción que vuelve a ponerle ante los ojos las escenas de la enfermedad y de la muerte. Cada día recorre una de esas impresiones de nuevo, llora por ella y se consuela —uno diría: en su tiempo libre—. Semejante tramitación se le enhebra a través de los quehaceres del día sin que ambas actividades se enreden. Y el todo va pasando en ella por orden cronológico. Si el trabajo de recuerdo de un día coincide exactamente con un día del pasado, yo no lo sé. Conjeturo que ello depende del tiempo libre que le dejan los quehaceres hogareños.[9]

Además de estas «lágrimas reparadoras», que con breve intervalo siguen a la muerte, esta señora todos los años celebra unas periódicas conmemoraciones solemnes hacia la época de cada una de esas catástrofes, y aquí su viva reproducción visual y su exteriorización de afectos obedecen fielmente a la fecha. Por ejemplo, la encuentro bañada en lágrimas y le pregunto por simpatía qué ha sucedido hoy. Rechaza el interrogatorio a medias enojada: «¡Ah, no! Sólo fue que el especialista N. estuvo de nuevo ahí y nos dio a entender que nada se podía esperar. Yo no tuve tiempo de llorar en aquel momento». Se refiere a la fatal enfermedad de su marido, muerto tres años atrás. Sería para mí muy interesante saber si en estas conmemoraciones solemnes que retornan año tras año se le repiten siempre las mismas escenas, o cada vez son detalles diferentes los que se presentan para su abreacción, co-

[9] [Esta descripción del «trabajo de recuerdo» parece anticipar la del «trabajo de duelo», que Freud efectuó mucho después en «Duelo y melancolía» (1917*e*).]

mo yo lo conjeturaría teniendo en cuenta mi teoría.[10] Pero no puedo averiguar nada seguro sobre eso; esta señora, tan inteligente como fuerte, se avergüenza de la intensidad con que obran sobre ella tales reminiscencias.

Lo descarto de nuevo: esta mujer no se halla enferma; la abreacción subsecuente no es, a pesar de su semejanza, un proceso histérico. Cabe preguntarse, entonces, por qué en una persona sobreviene una histeria tras cuidar a un enfermo, y en otra no. No puede deberse a la predisposición personal, puesto que en la dama a que me he referido esta última estaba presente en máxima medida.

Vuelvo a la señorita Elisabeth von R. Mientras cuidaba a su padre, pues, se generó en ella por vez primera un

[10] Cierta vez hube de enterarme con asombro de que tal «abreacción reparadora» —tras unas impresiones que no se debían al cuidado de un enfermo— puede formar el contenido de una neurosis de otro modo enigmática. Sucedió con una bella muchacha de diecinueve años, la señorita Mathilde H. La había visto por primera vez a causa de una parálisis parcial de las piernas, pero meses más tarde acudió a mi tratamiento porque su carácter se había alterado: desazonada hasta la desgana de vivir, se mostraba desconsiderada con su madre, irritable y hosca. El cuadro total de la paciente no me permitía suponer una melancolía ordinaria. Era muy fácil situarla en sonambulismo profundo, y me valí de esta peculiaridad suya para impartirle en cada oportunidad mandamientos y sugestiones que ella escuchaba en un dormir profundo y acompañaba con profusas lágrimas, pero que poco modificaban su estado. Cierto día se volvió más locuaz en la hipnosis y me comunicó que la causa de su desazón era la ruptura de su noviazgo, ocurrida varios meses antes. En el trato asiduo con su prometido habían ido saliendo a la luz muchas más cosas que —según aseveró— les resultaban desagradables a ella y a su madre, pero por otra parte las ventajas materiales del enlace eran tan palpables que no era fácil decidirse a la ruptura. Así, ambas oscilaron entre una y otra alternativa durante largo tiempo; ella misma había caído en un estado de indecisión en que, apática, dejaba que pasara lo que pasase, y por fin su madre pronunció en lugar de ella el «No» decisivo. Continuó refiriendo que tiempo después despertó como de un sueño, empezó a ocuparse celosamente en su pensamiento de la decisión ya tomada, a pesar entre sí los pros y contras, y este proceso proseguía aún en su interior. Dijo vivir en la duda en aquel tiempo; cada día tenía el talante y los pensamientos que correspondían a los días de aquel período, su animadversión hacia la madre sólo se fundaba en circunstancias entonces vigentes, y al lado de esta actividad de pensamiento la vida presente se le antojaba como una seudoexistencia, como algo soñado. — No volví a conseguir que la muchacha hablara; continué con mis consejos en sonambulismo profundo, la vi anegarse en lágrimas cada vez sin que me respondiera nunca, y un buen día, más o menos el del aniversario del compromiso, hete aquí que todo el estado de desazón se le pasó, lo cual se me computó como un gran éxito terapéutico hipnótico.

síntoma histérico; era un dolor en una parte definida del muslo derecho. El mecanismo de este síntoma se puede iluminar suficientemente sobre la base del análisis. Hubo un momento en que el círculo de representaciones de sus deberes hacia el padre enfermo entró en conflicto con el contenido que en aquella época tenía su ansiar erótico. En medio de vivos autorreproches, se decidió en favor de lo primero y así se creó el dolor histérico.

Según la concepción que parece convenir a la teoría de la histeria como conversión, cabría exponer el proceso del siguiente modo: ella reprimió {desalojó} la representación erótica de su conciencia y trasmudó su magnitud de afecto a una sensación de dolor somático. No quedó en claro si este primer conflicto se presentó una sola vez o repetidas veces; más probable es lo segundo. Un conflicto totalmente similar —aunque de superior significatividad moral y mejor atestiguado por el análisis— se repitió unos años después y condujo a un aumento de esos mismos dolores y a su difusión más allá de las fronteras inicialmente establecidas. De nuevo era un círculo de representaciones eróticas el que entraba en conflicto con todas sus representaciones morales, pues la inclinación recaía sobre su cuñado, y tanto en vida de su hermana como después de su muerte era para ella un pensamiento inaceptable que ansiara justamente a ese hombre para sí. El análisis proporcionó detallada noticia sobre este conflicto que constituye el punto central del historial clínico. Acaso la inclinación de la enferma hacia su cuñado germinaba desde mucho antes; su desarrollo fue favorecido por el agotamiento físico tras el nuevo cuidado de enfermo, el agotamiento moral tras varios años de desengaños; su tiesura interior empezó a aflojarse por entonces, y ella se confesó que necesitaba el amor de un hombre. Al tratarlo durante semanas (en aquel lugar de restablecimiento), esa inclinación erótica alcanzó su plasmación plena juntamente con los dolores, y para la misma época el análisis atestigua un particular estado psíquico de la enferma, estado cuya conjunción con aquella inclinación y los dolores parece posibilitar una inteligencia del proceso en el sentido de la teoría de la conversión.

Debo arriesgar, en efecto, la tesis de que en aquella época la enferma no era claramente *conciente* de la inclinación hacia su cuñado, por intensa que ella fuera, salvo en rarísimas ocasiones y, aun en estas, por contados momentos. De no haber sido así, habría devenido conciente de la contradicción entre esa inclinación y sus representaciones morales, y por fuerza sufriría unos martirios anímicos como le vi padecer

tras nuestro análisis. Su recuerdo no tenía nada para informar sobre tales padeceres, se los había ahorrado; por lo tanto, ella misma no había tenido clara su inclinación. En aquel tiempo, como en el del análisis, el amor por su cuñado estaba presente en su conciencia al modo de un cuerpo extraño, sin que hubiera entrado en vinculaciones con el resto de su representar. Había preexistido ese singular estado de saber y al mismo tiempo no saber con respecto a esa inclinación, el estado del grupo psíquico divorciado. Pues bien, no se mienta otra cosa cuando uno asevera que esa inclinación no le había sido «claramente conciente»; no se mienta una cualidad inferior ni un grado más bajo de conciencia, sino un divorcio del libre comercio de pensamiento asociativo con los restantes contenidos de representación.

Ahora bien, ¿cómo pudo suceder que un grupo de representación de tan intenso acento se mantuviera tan aislado {*isolieren*}? Ello se nos plantea porque, en general, con la magnitud de afecto de una representación aumenta también su papel en la asociación.

Uno puede responder esta pregunta si toma en consideración dos hechos que es lícito emplear como bien certificados: 1) que los dolores histéricos se generaron al mismo tiempo que se formó aquel grupo psíquico separado, y 2) que la enferma oponía una gran resistencia al intento de establecer la asociación entre el grupo psíquico separado y sus restantes contenidos de conciencia, y cuando esa reunión a pesar de todo se consumó, sintió un gran dolor psíquico. Nuestra concepción de la histeria conjuga ambos factores con el hecho de la escisión de conciencia, afirmando: el punto 2 contiene la referencia al *motivo* de la escisión de conciencia, y el punto 1 a su *mecanismo*. El motivo era el de la *defensa*, la revuelta del yo todo a conciliarse con ese grupo de representación; el mecanismo era el de la *conversión*, vale decir, en lugar de los dolores anímicos que ella se había ahorrado emergieron los corporales; así se introdujo una trasmudación de la que resultó, como *ganancia*, que la enferma se había sustraído de un estado psíquico insoportable, es cierto que al costo de una anomalía psíquica —la escisión de conciencia consentida— y de un padecer corporal —los dolores, sobre los cuales se edificó una astasia-abasia—.

En verdad, no puedo proporcionar una especificación del modo en que se establece una conversión así; es evidente que no se la crea como se ejecuta adrede una acción voluntaria: es un proceso que se consuma en un individuo bajo la impulsión del motivo de la defensa, cuando ese individuo

—en su organización, o en una eventual modificación de esta— es portador de la proclividad para ello.[11]

Es justo exigir a la teoría y preguntar: ¿Qué se muda aquí en dolor corporal? La cauta respuesta rezará: algo desde lo cual habría podido y debido devenir dolor anímico. Si uno se atreve a dar un paso más y a ensayar una suerte de figuración algebraica de la mecánica de la representación, puede atribuir al complejo de representación de esta inclinación que ha permanecido inconciente un cierto monto de afecto, y designar a esta última cantidad como la convertida. Una consecuencia directa de esta concepción sería que el «amor inconciente» perdiera tanto en intensidad, en virtud de esa conversión, que resultara deprimido a la condición de una representación débil; y entonces sería este debilitamiento, y sólo él, el que posibilitaría su existencia como grupo psíquico divorciado. Sin embargo, el presente caso no es apto para ofrecer contenido intuitivo en esta materia tan espinosa. Es probable que sólo corresponda a una conversión incompleta; otros casos nos muestran con verosimilitud que se producen también conversiones completas y que en estas la representación inconciliable ha sido de hecho «*reprimida*» como sólo puede serlo una representación muy poco intensiva. Consumada la reunificación asociativa, los enfermos aseveran que desde la génesis del síntoma histérico nunca más se ocuparon en su pensamiento de la representación inconciliable.

Sostuve antes que en ciertas oportunidades, si bien de manera sólo fugitiva, la enferma discernía también concientemente el amor hacia su cuñado. Un momento así fue, por ejemplo, cuando ante el lecho de su hermana se le pasó por la cabeza el pensamiento: «Ahora él queda libre y tú puedes convertirte en su esposa» [pág. 171]. Debo elucidar el significado de este momento para la concepción de la neurosis en su conjunto. Pues bien, opino que en el supuesto de una «histeria de defensa» ya está contenida la exigencia de que haya ocurrido al menos *uno* de tales momentos. Antes de él la conciencia no sabe cuándo se instalará una representación inconciliable; esta, que luego será excluida junto con su séquito para la formación de un grupo psíquico separado, tiene que ser inicialmente admitida en el comercio de pensamiento, pues de lo contrario no se habría producido el conflicto que llevó a su exclusión.[12]

11 [Cf. *supra*, pág. 138. A esta proclividad se refiere tal vez la expresión «solicitación somática», utilizada en el caso «Dora» (1905*e*), *AE*, **7**, págs. 37-8.]

12 Diverso es el caso de una histeria hipnoide; en este, el contenido

Justamente a esos momentos, pues, cabe designar «*traumáticos*»; en ellos ha sobrevenido la conversión cuyos resultados son la escisión de conciencia y el síntoma histérico. En la señorita Von R. todo indica una multiplicidad de tales momentos (las escenas de la caminata, la meditación matinal, el baño, ante el lecho de la hermana); y hasta quizá nuevos momentos de esa índole ocurrieron en el curso del tratamiento. En efecto, la multiplicidad de esos momentos traumáticos es posibilitada por el hecho de que una vivencia semejante a la que introdujo por primera vez la representación inconciliable aporta excitación nueva al grupo psíquico divorciado, y así cancela provisionalmente el éxito de la conversión. El yo se ve precisado a ocuparse de esta representación reforzada que surge como súbito relámpago y a restablecer el estado anterior mediante una nueva conversión. La señorita Elisabeth, que mantenía continuo trato con su cuñado, por fuerza estaba expuesta de particular modo a la emergencia de nuevos traumas. Para esta exposición yo habría preferido un caso cuya historia traumática estuviera clausurada en el pasado.

Ahora debo ocuparme de un punto que he señalado como una dificultad para entender el presente historial clínico [págs. 162-3]. Sobre la base del análisis supuse que en la enferma sobrevino una primera conversión mientras cuidaba a su padre, y ello en el momento en que sus deberes como cuidadora entraron en querella con su ansiar erótico; y que ese proceso fue el arquetipo del otro, posterior, que llevó al estallido de la enfermedad en aquel lugar de restablecimiento alpino. Sin embargo, de las comunicaciones de la enferma se desprende que en la época de su cuidado del padre y en el lapso que siguió, que yo he designado como «primer período», *no sufrió dolores ni debilidad al caminar*. Es verdad que unos dolores en los pies la postraron en cama durante algunos días cuando la enfermedad de su padre, pero era dudoso que ese ataque debiera atribuirse ya a la histeria. En el análisis no se comprobó vínculo causal alguno entre estos primeros dolores e impresiones psíquicas cualesquiera; es posible, y aun verosímil, que en ese tiempo se tratara de dolores reumáticos musculares, comunes. Y aunque uno se aviniera a suponer que ese primer ataque de dolores fue el resultado de una conversión histérica a consecuencia de la desautorización de sus pensamientos eróticos de entonces, permanece inconmovible el hecho

del grupo psíquico separado nunca habría estado en el yo-conciencia. [Cf. *infra*, pág. 291.]

de que los dolores desaparecieron a los pocos días, de suerte que la enferma parecía haberse comportado en la realidad de manera diversa a la que mostraba en el análisis. Durante la reproducción del llamado primer período, acompañaba todos los relatos de la enfermedad y muerte del padre, de las impresiones recibidas en su trato con el primer cuñado, etc., con exteriorizaciones de dolores, en tanto que en la época en que vivenció esas impresiones no había registrado dolor alguno. ¿No es esta una contradicción apta para disminuir en mucho la confianza en el valor esclarecedor de semejante análisis?

Creo poder solucionar la contradicción suponiendo que los dolores —el producto de la conversión— no se generaron mientras la enferma vivenciaba las impresiones del primer período, sino con efecto retardado {*nachträglich*}, vale decir, en el segundo período, cuando la enferma reprodujo esas impresiones en sus pensamientos. La conversión no habría seguido a las impresiones frescas, sino al recuerdo de ellas. Por lo demás, opino que un proceso así no es nada desacostumbrado en la histeria, tiene participación regular en la génesis de los síntomas histéricos. Pero como es evidente que una aseveración como esta no ilumina el problema, intentaré hacerla verosímil exponiendo otras experiencias.

Cierta vez me sucedió, durante un tratamiento analítico de esta clase, que en una enferma se plasmara un síntoma histérico nuevo, de suerte que yo pude abordar su remoción al día siguiente de su génesis. Intercalaré aquí, en sus rasgos esenciales, la historia de esta enferma; es bastante simple y no carece de interés.

La señorita Rosalia H., de veintitrés años, está desde hace algunos años empeñada en formarse como cantante; se queja de que su bella voz no le obedece en ciertas escalas. Le sobreviene una sensación de ahogo y opresión en la garganta, y las notas suenan como estranguladas; por eso su maestro no ha podido todavía autorizarla a presentarse ante el público; como esta imperfección sólo afecta su registro medio, no se la puede explicar por un defecto de sus órganos vocales; y a veces la perturbación desaparece por completo, de suerte que el maestro se declara muy satisfecho, en tanto que, en otras ocasiones, a la excitación más leve, o aun sin que medie en apariencia razón alguna, he ahí de nuevo la sensación de opresión, y estorbado el libre despliegue de la voz. No era difícil discernir, en esta importu-

na sensación, la conversión histérica; no comprobé si de hecho sobrevenía una contractura en ciertos músculos de las cuerdas vocales.[13] He aquí lo que averigüé, en el análisis hipnótico que emprendí con la muchacha, acerca de sus peripecias y, así, de la causación de sus males. Huérfana a edad temprana, había sido recogida en la casa de una tía que a su vez tenía muchos hijos, viéndose forzada, pues, a participar en una vida familiar en extremo infeliz. El marido de esta tía, un hombre de personalidad evidentemente patológica, maltrataba a su mujer y a los niños de la manera más brutal y, en particular, los afrentaba con su desembozada predilección sexual por las muchachas de servicio y niñeras que vivían en la casa, lo cual se volvía más y más chocante a medida que los niños crecían. Cuando la tía falleció, Rosalia se convirtió en la protectora de ese grupo de niños huérfanos y oprimidos por el padre. Tomó en serio sus deberes y libró todos los conflictos que ese puesto le marcaba, pero debía hacer los mayores esfuerzos para sofocar las exteriorizaciones de su odio y su desprecio hacia el tío.[14] Fue entonces cuando se generó en ella la sensación de opresión en la garganta. Cada vez que debía guardarse una respuesta, que se hacía violencia para permanecer tranquila frente a una falta indignante, sentía la irritación en la garganta, la opresión, la denegación de la voz; en suma: todas las sensaciones localizadas en laringe y faringe que ahora la perturbaban al cantar. Era comprensible que ella buscara la posibilidad de independizarse a fin de escapar a tales inquietudes y penosas impresiones que recibía diariamente en casa de su tío. Un excelente maestro de canto la aceptó desinteresadamente y le aseguró que por su voz estaba justificada en escoger el oficio de cantante. Entonces empezó en secreto a tomar lecciones con él, pero como a menudo llegaba allí a toda prisa con esa opresión todavía

[13] He observado otro caso en que una contractura de los maseteros impidió a la cantante el ejercicio de su arte. La joven mujer se había visto llevada, por penosas vivencias habidas en su familia, a dedicarse a las tablas. Ensayaba en Roma, presa de gran excitación, cuando de pronto sintió que no podía cerrar la boca abierta; cayó al suelo desmayada. El médico requerido le juntó con violencia las mandíbulas; ahora bien, desde entonces la enferma no pudo volver a separarlas más que el espacio de un dedo, y tuvo que abandonar la profesión que acababa de escoger. Cuando varios años después acudió a mi tratamiento, las causas de aquella excitación evidentemente estaban archivadas desde hacía mucho tiempo, pues un masaje en hipnosis leve bastó para abrirle la boca con amplitud. Esta dama ha cantado en público después.

[14] [*Nota agregada* en 1924:] También aquí era en realidad el padre, no el tío. [Cf. págs. 149-50*n.*]

en la garganta, frecuentísima secuela de las violentas escenas hogareñas, se consolidó un vínculo entre el cantar y la parestesia histérica, cuya vía ya era indicada por la sensibilidad de órgano al cantar. El aparato del que habría debido disponer libremente en esa actividad se mostraba investido con restos de inervación tras aquellas numerosas escenas de excitación sofocada. Había abandonado desde entonces la casa de su tío, se había trasladado a una ciudad alejada para poner distancia respecto de su familia, pero con ello no se superaba el impedimento. Esta bella muchacha, de inteligencia nada común, no mostraba otros síntomas histéricos.

Me empeñé en tramitar esta «histeria de retención» [cf. pág. 222 y *n.*] reproduciendo todas las impresiones excitadoras, y abreaccionándolas con efecto retardado {*nachträglich*}. La hice insultar al tío, dirigirle filípicas, decirle en la cara toda la verdad, etc. Y este tratamiento le hizo muy bien; por desgracia, ella vivía mientras tanto en condiciones harto desfavorables. No tenía suerte con sus parientes. Era huésped en casa de otro tío, quien la acogió amistosamente, pero por eso mismo despertó el disgusto de la tía. Esta mujer conjeturaba en su marido un interés de mayor hondura por su sobrina, y lo dispuso todo para estropearle totalmente a la muchacha su estadía en Viena. Ella misma en su juventud se había visto precisada a resignar sus inclinaciones artísticas, y ahora sentía envidia por la sobrina que podía cultivar su talento, aunque en el caso de esta no fuera la inclinación, sino la urgencia por independizarse, lo que la llevaba a abrazar esa senda. Rosalie [15] se sentía tan incómoda en la casa que, por ejemplo, no osaba cantar ni tocar el piano si su tía se hallaba cerca como para escucharla, y ponía cuidado en evitar cantar o tocar algo para su tío, hombre por lo demás ya anciano —hermano de su madre—, cuando la tía podía llegar. Mientras yo me empeñaba en tachar las huellas de antiguas excitaciones, de esas circunstancias imperantes en casa de sus huéspedes se generaban otras nuevas, que en definitiva perturbaron el éxito de mi tratamiento e interrumpieron prematuramente la cura.

Cierto día la paciente se me presentó con un síntoma de nueva data, apenas de veinticuatro horas antes. Se quejó de una desagradable comezón en la punta de los dedos que desde ayer le aparecía cada tantas horas y la constreñía,

[15] [Aquí y más adelante, en todas las ediciones alemanas figura el nombre con esta forma.]

muy en particular, a hacer movimientos como de dar papirotazos. No pude ver el ataque, pues de otro modo tal vez habría colegido, viendo los movimientos de los dedos, la ocasión; pero enseguida intenté ponerme sobre el rastro del fundamento del síntoma (en verdad, del pequeño ataque histérico) mediante análisis hipnótico. Como el todo llevaba tan breve existencia, yo esperaba poder producir un esclarecimiento y una tramitación rápidos. Para mi asombro, la enferma me aportó —sin titubear y en orden cronológico— toda una serie de escenas, a partir de la primera infancia,[16] que tenían algo en común: ella había tolerado una injusticia sin defenderse, y de tal suerte que al mismo tiempo los dedos podían darle respingos. Por ejemplo, escenas como la de la escuela, donde debió tender la mano sobre la cual el maestro le dio un golpe con la regla. Pero eran ocasiones triviales, cuyo derecho a intervenir en la etiología de un síntoma histérico yo habría cuestionado. Diversa era la situación con una escena de sus primeros años de doncella, que siguió a aquellas. El tío malo, que padecía de reumatismo, le había pedido que lo masajeara en la espalda. Ella no se atrevió a rehusarse. Yacía él mientras tanto en la cama; de pronto se destapó {*abwerfen die Decke*}, se levantó, quiso atraparla y voltearla {*hinwerfen*}. Desde luego, ella interrumpió los masajes, y un momento después había huido a refugiarse encerrándose en su habitación. Era evidente que no le gustaba acordarse de esa vivencia, y tampoco quiso manifestar si vio algo a raíz del repentino destape del hombre. La sensación en los dedos acaso se explicaba ahí por el impulso sofocado a castigarlo, o simplemente se debió a que estaba ocupada con los masajes. Sólo después de esta escena dio en hablar de la vivenciada ayer, tras la cual se habían instalado la sensación y los respingos en los dedos como símbolo mnémico recurrente. El tío en cuya casa ahora vivía le rogó que le tocara algo; se sentó al piano y se acompañaba con el canto en la creencia de que la tía había salido. Y de repente, he ahí a la tía que llega a la puerta; Rosalie se levanta de un salto, tapa {*zuwerfen den Deckel*} el piano y lanza lejos la partitura; bien se colige, por cierto, el recuerdo que afloró en ella y la ilación de pensamiento de la que en ese momento se defendió: la amargura por la injustificada sospecha, destinada en verdad a moverla a abandonar la casa, mientras que por causa de la cura se veía precisada a per-

16 [Al parecer, una excepción a la regla de la secuencia cronológica inversa, tal como había sido enunciada *supra*, pág. 95, *n*. 30.]

manecer en Viena y no tenía otro alojamiento. El movimiento de los dedos que vi en la reproducción de esa escena era el de botar algo, como si uno —literal y figuradamente— rebotara alguna cosa, pasara rápidamente {arrojara lejos} una partitura o desechara una proposición.

Sostenía con total determinación no haber sentido ese síntoma antes —o sea, con ocasión de las escenas referidas en primer término—. ¿Qué otra cosa restaba si no suponer que la vivencia de la víspera había despertado primero el recuerdo de parecidos contenidos de anterior data, y que luego la formación de un símbolo mnémico había conferido valimiento a todo el grupo de recuerdos? La conversión fue costeada, en parte, por lo recién vivenciado y, en parte, por un afecto recordado.

Si se reflexiona sobre el tema con más atención, se deberá admitir que un proceso así ha de ser calificado de regla, más que de excepción, en la génesis de síntomas histéricos. Casi todas las veces que investigué el determinismo de esos estados, no descubrí una ocasión única, sino un grupo de ocasiones traumáticas semejantes (véanse buenos ejemplos en el historial clínico nº 2, el de la señora Emmy). En muchos de esos casos se pudo comprobar que el síntoma respectivo ya había aparecido por breve lapso tras el primer trauma, para retirarse luego, hasta que un siguiente trauma lo volvió a convocar y lo estabilizó. Ahora bien, entre ese surgimiento temporario y la total latencia tras las primeras ocasiones no se comprueba diferencia alguna de principio, y en un número abrumadoramente grande de ejemplos se demostró, en cambio, que los primeros traumas no habían dejado como secuela síntoma ninguno, mientras que un trauma posterior de la misma clase provocó un síntoma que, empero, no pudo prescindir para su génesis de la cooperación de las ocasiones anteriores, y cuya solución reclamó tomar en cuenta todas las ocasiones.

Traducido esto a la terminología de la teoría de la conversión, el hecho innegable de la sumación de los traumas y la latencia previa de los síntomas quiere decir que puede producirse tanto la conversión de un afecto fresco como la de uno recordado, y este supuesto esclarece por entero la contradicción en que parecen encontrarse el historial clínico y el análisis de la señorita Von R.

No cabe duda de que las personas sanas toleran en considerable medida la permanencia, en el interior de su conciencia, de representaciones con afecto no tramitado. La

tesis que acabo de sostener no hace más que aproximar la conducta de los histéricos a la de las personas normales. Aquí lo que importa es, evidentemente, un factor cuantitativo, a saber, la *cuantía* de esa tensión de afecto conciliable con una organización. También el histérico podrá mantenerla no tramitada en cierta medida; pero si esta última crece, por sumación de ocasiones semejantes, más allá de la capacidad de tolerancia {*Tragfähigkeit*} del individuo, se ha dado el empuje hacia la conversión. Por eso no constituye un raro enunciado, sino casi un postulado, que la formación de síntomas histéricos puede producirse también a expensas de un afecto recordado.

Ya me he ocupado, pues, de los *motivos* y del *mecanismo* de este caso de histeria; resta todavía elucidar el *determinismo* del síntoma histérico. ¿Por qué justamente los dolores en las piernas tomarían sobre sí la subrogación del dolor anímico? Las circunstancias que rodearon el caso indican que ese dolor somático no fue creado por la neurosis, sino sólo aprovechado por ella, aumentado y conservado. Y agregaré que algo semejante ocurría en la enorme mayoría de las algias histéricas que pude llegar a inteligir [cf. pág. 115]; siempre había preexistido al comienzo un dolor real y efectivo, de base orgánica. Son los dolores más comunes y difundidos de la humanidad los que con mayor frecuencia parecen llamados a desempeñar un papel en la histeria; sobre todo, los periósticos y neurálgicos a raíz de enfermedades de los dientes, las cefaleas debidas a fuentes tan diversas, y en medida no menor los dolores reumáticos de los músculos, tan a menudo desconocidos como tales [págs. 91-2*n.*]. Opino que también tuvo base orgánica el primer ataque de dolores que la señorita Elisabeth von R. sufrió mientras cuidaba todavía a su padre. En efecto, no obtuve información alguna cuando busqué una ocasión psíquica para ello, y confieso que me inclino a otorgar valor diagnóstico-diferencial a mi método de convocar recuerdos escondidos, siempre que se lo maneje con cuidado. Ahora bien, este dolor originariamente reumático [17] pasó a ser en la enferma el símbolo mnémico de sus excitaciones psíquicas dolientes, y ello, hasta donde yo puedo verlo, por más de una razón. Primero y principal, porque estuvo presente en la conciencia de manera aproximadamente simultánea con aquellas excitaciones; segundo, porque se enlazaba o podía enlazarse de múltiples modos con el contenido de representación de aquella época. Quizá no fue más que una

[17] ¿O quizás espinal-neurasténico? [Cf. pág. 163, *n.* 7.]

consecuencia distante de su cuidado del enfermo, de la falta de movimiento y la mala alimentación que traía consigo el oficio de cuidadora. Pero esto difícilmente lo tuviera en claro la enferma; sin duda cuenta más el hecho de que debió de sentirlo en momentos significativos de ese cuidado, por ejemplo cuando en el frío del invierno saltaba de la cama para acudir al llamado del padre [pág. 162]. Sin embargo, decisiva, sin más, para el rumbo que tomó la conversión debió de ser la otra modalidad del enlace asociativo: la circunstancia de que durante una larga serie de días una de sus piernas doloridas entraba en contacto con la pierna hinchada del padre a raíz del cambio del vendaje [pág. 163]. El lugar de la pierna derecha marcado por ese contacto permaneció desde entonces como el foco y punto de partida de los dolores, una zona histerógena artificial cuya génesis pude penetrar con claridad en este caso.

Si alguien se asombrase por este enlace asociativo entre dolor físico y afecto psíquico considerándolo demasiado múltiple y artificioso, yo respondería que ello es tan injustificado como manifestar asombro por el hecho de que «en el mundo sean justamente los más ricos los que poseen la mayor cantidad de dinero».[18] De no mediar tal profuso enlace, no se forma síntoma histérico alguno, y la conversión no halla un camino; además, puedo asegurar que el ejemplo de la señorita Elisabeth von R. se cuenta, respecto del determinismo, entre los más simples. En el caso de la señora Cäcilie M., en particular, he debido solucionar los más enmarañados nudos de esta índole.

Ya elucidé en el historial clínico [págs. 165 y sigs.] cómo la astasia-abasia de nuestra enferma se edificó sobre esos dolores una vez que a la conversión se le abrió un camino determinado. Pero allí sustenté también la tesis de que la enferma creó o acrecentó la perturbación funcional por vía de simbolización, vale decir, halló en la abasia-astasia una expresión somática de su falta de autonomía, de su impotencia para cambiar en algo las circunstancias; y de que los giros lingüísticos «No avanzar un paso», «No tener apoyo», etc., constituyeron los puentes para ese nuevo acto de conversión [pág. 167]. Me empeñaré en sustentar esta concepción mediante otros ejemplos.

La conversión sobre la base de una simultaneidad, preexistiendo ya un enlace asociativo, parece plantear mínimos reclamos a la predisposición histérica; en cambio, la conversión por simbolización parece requerir un alto grado de

[18] [Alusión a un epigrama de Lessing que Freud volvió a citar en *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **4**, pág. 192.]

modificación histérica, como también en la señorita Elisabeth se pudo comprobar sólo en el estadio posterior de su histeria. Los mejores ejemplos de simbolización los he observado en la señora Cäcilie M., a cuyo caso tengo derecho a designar el más difícil e instructivo que de histeria yo haya tenido. Ya indiqué que, por desdicha, este historial clínico no puede ser expuesto en detalle [pág. 90].

La señora Cäcilie sufría, entre otras cosas, de una violentísima neuralgia facial que le emergía de repente dos o tres veces por año, le duraba de cinco a diez días, desafiaba cualquier terapia y después cesaba como si la hubieran amputado. Estaba limitada a las ramas segunda y tercera del trigémino, y como había sin lugar a dudas uratemia, y un «*rheumatismus acutus*» no del todo claro había desempeñado cierto papel en el historial de la enferma, el diagnóstico de neuralgia gotosa era casi natural. Este diagnóstico era compartido por los médicos llamados a consulta y que vieron cada uno de sus ataques; la neuralgia estaba destinada a que la trataran con los métodos usuales: pincelación eléctrica, aguas alcalinas, purgantes, pero en todos los casos se mantenía incólume hasta que le daba la gana de dejar el sitio a otro síntoma. En los primeros años —la neuralgia ya llevaba quince—, se culpó a los dientes de alimentar esa dolencia; los condenaron a la extracción, y un buen día, previa narcosis, se consumó la ejecución de siete de los malhechores. Pero no fue tan fácil; los dientes estaban implantados con tal firmeza que fue preciso dejarles las raíces en la mayoría de los casos. Exito ninguno tuvo esta operación cruel: ni temporario ni duradero. La neuralgia se descargó esa vez durante meses. También en la época en que yo emprendí mi tratamiento, a cada neuralgia llamaban al odontólogo; y todas las veces él declaraba hallar raíces enfermas, ponía manos a la obra, pero por lo común interrumpía a poco andar pues la neuralgia desaparecía de repente y, con ella, la demanda de odontólogo. En los intervalos, los dientes no dolían. Cierta vez en que un ataque descargaba sus furias, fui movido por la enferma al tratamiento hipnótico, dicté para los dolores una prohibición muy enérgica y ellos cesaron en lo sucesivo. Así empecé a dudar de la autenticidad de esa neuralgia.

Más o menos un año después de este éxito terapéutico hipnótico, el estado patológico de la señora Cäcilie cobró un giro nuevo y sorprendente. De pronto le sobrevinieron estados diversos de los que había padecido en los últimos

años, pero, tras alguna meditación, la enferma declaró que ya los había tenido durante la prolongada duración de su enfermedad (treinta años). Y de hecho se desenvolvió una sorprendente multitud de incidentes histéricos que la enferma fue capaz de ir localizando en su correcto lugar del pasado, y pronto se volvieron también reconocibles las conexiones de pensamientos, harto enmarañadas muchas veces, que comandaban la secuencia de tales incidentes. Era como una serie de imágenes con un texto elucidador. Pitres, cuando postuló su «*délire ecmnésique*»,[19] debió de tener en vista algo de esta índole. Era en extremo singular el modo en que se reproducían esos estados histéricos pertenecientes al pasado. Primero, hallándose la enferma con su mejor salud, afloraba un talante patológico de particular coloración que ella por regla general equivocaba y refería a un suceso trivial de las últimas horas; luego, con creciente enturbiamiento de la conciencia, seguían unos síntomas histéricos: alucinaciones, dolores, convulsiones, largas declamaciones; por último, a todo ello subseguía el afloramiento alucinatorio de una vivencia del pasado que era apta para explicar el talante inicial y determinar el respectivo síntoma. Con esta última pieza del ataque de nuevo se hacía la claridad, los achaques desaparecían como por ensalmo e imperaba de nuevo el bienestar... hasta el siguiente ataque, medio día después. Por lo común me llamaban en el apogeo de ese estado, yo introducía la hipnosis, convocaba la reproducción de la vivencia traumática y ponía término al ataque mediante las reglas del arte. Recorrí con la enferma varios cientos de esos ciclos, y así adquirí las más instructivas informaciones acerca del determinismo de los síntomas histéricos. Y aun fue la observación de este singular caso en comunidad con Breuer la ocasión inmediata para que publicáramos nuestra «Comunicación preliminar».

Dentro de esta trabazón se llegó por fin a reproducir la neuralgia facial, que yo mismo había tratado ya como ataque actual. Sentía curiosidad por saber si aquí resultaría una causación psíquica. Cuando intenté convocar la escena traumática, la enferma se vio trasladada a una época de gran susceptibilidad anímica hacia su marido; contó sobre una plática que tuvo con él, sobre una observación que él le hizo y que ella concibió como grave afrenta {mortifica-

[19] [La «ecmnesia» es, según Pitres (1891, **2**, pág. 290), «una forma de amnesia parcial en la cual se preserva íntegramente el recuerdo de sucesos anteriores a cierto período de la vida del paciente, en tanto que el recuerdo de los sucesos posteriores a ese período es abolido por completo».]

ción}; luego se tomó de pronto la mejilla, gritó de dolor y dijo: «Para mí eso fue como una bofetada». — Pero con ello tocaron a su fin el dolor y el ataque.

No cabe ninguna duda de que se había tratado de una simbolización; había sentido como si en realidad recibiera la bofetada. Ahora todo el mundo preguntará cómo es posible que la sensación de una «bofetada» se haya podido parecer en lo externo a una neuralgia del trigémino, limitada a las ramas segunda y tercera, que se acrecentaba al abrir la boca y masticar (¡no al hablar!).

Al día siguiente, he ahí de nuevo instalada la neuralgia, sólo que esta vez se pudo solucionar por la reproducción de otra escena cuyo contenido era, de igual modo, un supuesto ultraje. Y así se siguió durante nueve días; parecía deducirse que durante años las afrentas, en particular las inferidas de palabra, habían convocado nuevos ataques de esta neuralgia facial por el camino de la simbolización.

Finalmente se logró penetrar también hasta el primer ataque de neuralgia (databa de más de quince años). Aquí no se encontró simbolización alguna, sino una conversión por simultaneidad; fue una visión dolida a raíz de la cual emergió un reproche, que la movió a refrenar {esforzar hacia atrás} otra serie de pensamientos. Era, pues, un caso de conflicto y defensa; la génesis de la neuralgia en este momento ya no sería explicable si uno no supusiera que padecía a la sazón de dolores leves en los dientes o la cara, lo cual no era improbable, pues se hallaba en los primeros meses de su primer embarazo.

Entonces, se obtuvo el siguiente esclarecimiento: esa neuralgia había pasado a ser, por el habitual camino de la conversión, el signo distintivo de una determinada excitación psíquica; pero en lo sucesivo pudo ser despertada por eco asociativo desde la vida de los pensamientos, por conversión simbolizadora. En verdad, es el mismo comportamiento que hallamos en la señorita Elisabeth von R.

Expondré otro ejemplo apto para volver intuitiva la eficacia de la simbolización bajo condiciones diversas: En cierta época, atormentaba a la señora Cäcilie un violento dolor en el talón derecho, punzadas a cada paso, que le impedían caminar. El análisis nos llevó hasta un tiempo en que la paciente se encontraba en un sanatorio del extranjero. Había pasado ocho días en su habitación, y el médico del instituto debía venir a recogerla para que asistiera por primera vez a la mesa común. El dolor se generó en el momento en que la enferma tomó su brazo para abandonar la habitación; desapareció en el curso de la reproducción de esa escena,

cuando la enferma manifestó que ella había estado gobernada entonces por el miedo de no «*andar derecha*» en esa reunión de personas extrañas.

Ahora bien, ese parece un ejemplo contundente, casi cómico, de génesis de síntomas histéricos por simbolización mediante la expresión lingüística. No obstante, si uno examina con más atención las circunstancias de aquel momento preferirá otra concepción. En esa época la enferma padecía, en efecto, de dolores en los pies; a causa de ellos había permanecido tanto tiempo en cama. Y puede admitirse que el miedo que la sobrecogió al dar los primeros pasos escogiera, de los dolores que estaban presentes de manera simultánea, uno simbólicamente conveniente en el talón derecho, a fin de plasmarlo como algia psíquica y procurarle una persistencia particular.

Si en estos ejemplos el mecanismo de la simbolización parece relegado a un segundo plano, lo cual con seguridad responde a la regla, yo dispongo también de ejemplos que parecen demostrar la génesis de síntomas histéricos por mera simbolización. He aquí uno de los mejores, referido también a la señora Cäcilie. Era una muchacha de quince años y estaba en cama, bajo la vigilancia de su rigurosa abuela. De pronto la niña da un grito, le ha venido un dolor taladrante en la frente, entre los ojos; le duró varias semanas. A raíz del análisis de este dolor, que se reprodujo tras casi treinta años, indicó que la abuela la ha mirado de manera tan «penetrante» que horadó hondo en su cerebro. Y es que tenía miedo de que la anciana señora sospechara de ella. A raíz de la comunicación de este pensamiento rompió a reír fuertemente, y hete aquí de nuevo desaparecido el dolor. Yo no veo en esto nada más que el mecanismo de la simbolización, intermedio en cierta medida entre el mecanismo de la *autosugestión* y el de la *conversión*.

Esa observación que hice en la señora Cäcilie M. me dio oportunidad de reunir una verdadera colección de tales simbolizaciones. Toda una serie de sensaciones corporales, que de ordinario se mirarían como de mediación orgánica, eran en ella de origen psíquico o, al menos, estaban provistas de una interpretación psíquica. Una serie de vivencias iba acompañada en ella por la sensación de una punzada en la zona del corazón. («Eso me dejó clavada una espina en el corazón».) El dolor de cabeza puntiforme de la histeria se resolvía en ella inequívocamente como un dolor de pensamiento. («Se me ha metido en la cabeza».) Y el dolor aflojaba {*lösen*} cuando se resolvía {*lösen*} el problema respectivo. La sensación del aura histérica en el cue-

llo iba paralela a este pensamiento: «Me lo tengo que tragar», cuando esta sensación emergía a raíz de una afrenta. Había una íntegra serie de sensaciones y representaciones que corrían paralelas, y en la cual ora la sensación había despertado a la representación como interpretación de ella, ora la representación había creado a la sensación por vía de simbolización; y no pocas veces era por fuerza dudoso cuál de los dos elementos había sido el primario.

En ninguna otra paciente he podido hallar un empleo tan generoso de la simbolización. Claro que la señora Cäcilie M. era una persona de raras dotes, en particular artísticas, cuyo muy desarrollado sentido de las formas se daba a conocer en poesías de bella perfección. Pero yo sostengo que el hecho de que la histérica cree mediante simbolización una expresión somática para la representación de tinte afectivo es menos individual y arbitrario de lo que se supondría. Al tomar literalmente la expresión lingüística, al sentir la «espina en el corazón» o la «bofetada» a raíz de un apóstrofe hiriente como un episodio real, ella no incurre en abuso de ingenio {*witzig*}, sino que vuelve a animar las sensaciones a que la expresión lingüística debe su justificación. ¿Cómo habríamos dado en decir, respecto del afrentado, que «eso le clavó una espina en el corazón», si la afrenta no fuese acompañada de hecho por una sensación precordial interpretable de ese modo, y se la reconociera en esta? ¿Y no es de todo punto verosímil que el giro «tragarse algo», aplicado a un ultraje al que no se replica, se deba de hecho a las sensaciones de inervación que sobrevienen en la garganta cuando uno se deniega el decir, se impide la reacción frente al ultraje? Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la «expresión de las emociones», que, como nos lo ha enseñado Darwin [1872], consiste en operaciones en su origen provistas de sentido y acordes a un fin; por más que hoy se encuentren en la mayoría de los casos debilitadas a punto tal que su expresión lingüística nos parezca una trasferencia figural, es harto probable que todo eso se entendiera antaño literalmente, y la histeria acierta cuando restablece para sus inervaciones más intensas el sentido originario de la palabra. Y hasta puede ser incorrecto decir que se crea esas sensaciones mediante simbolización; quizá no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común.[20]

[20] En estados de alteración psíquica profunda se produce también a todas luces una expresión simbólica, en imágenes sensoriales

y sensaciones, del más artificial giro lingüístico. La señora Cäcilie M. tuvo una época en la cual cada pensamiento se le trasponía en una alucinación, para solucionar la cual hacía falta a menudo mucho ingenio. Por entonces, se me quejó, la asediaba la alucinación de que sus dos médicos —Breuer y yo— estaban colgados en el jardín de sendos árboles, próximos entre sí. La alucinación desapareció después que el análisis hubo descubierto el siguiente proceso: la tarde anterior, Breuer le había rechazado su demanda de un cierto medicamento, y entonces puso su esperanza en mí, pero me halló igualmente duro de corazón. Se enojó con nosotros por eso, y en su afecto pensó: «¡No valen uno más que el otro! Uno es el *pendant* {"homólogo", "correspondiente"; "*pendre*", "colgar"} del otro». — [En la segunda de sus *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910*a*), *AE*, **11**, págs. 21-2, Freud expuso sumariamente el historial clínico de Elisabeth von R.]

III. Parte teórica
(Breuer)

En la «Comunicación preliminar» introductoria a estos *Estudios* hemos expuesto los puntos de vista a que nos han llevado nuestras observaciones, y me creo autorizado a seguir sustentándolos en lo esencial. Sin embargo, la «Comunicación preliminar» es tan breve y sucinta que nuestras opiniones, en su mayor parte, sólo se pudieron indicar. Permítasenos, pues, exponerlas en detalle ahora que los historiales clínicos han aportado pruebas en su favor. Desde luego, tampoco aquí puede ni debe ser abordado «el todo de la histeria», pero sí es preciso someter a un debate más profundo, más nítido y también más limitante, los puntos que en la «Comunicación preliminar» no se fundaron ni se destacaron suficientemente.

En estas elucidaciones se hablará muy poco del encéfalo, y nada sobre las moléculas. Los procesos psíquicos deben tratarse en el lenguaje de la psicología, y en verdad no podría ser de otro modo. Si en vez de «representación» dijéramos «excitación cortical», esta última expresión sólo tendría un sentido para nosotros si con ese ropaje discerniéramos lo archiconsabido, y tácitamente le restituyéramos «representación». En efecto, mientras que las representaciones son de continuo asunto de nuestra experiencia y nos resultan consabidas en todos sus matices, «excitación cortical» es para nosotros más bien un postulado, un asunto de discernimiento futuro y esperado. Aquella sustitución de los términos parece una inútil mascarada.

Admítase por ello el uso casi exclusivo de una terminología psicológica.

Hay algo más que me lleva a pedir de antemano la benevolencia del lector. Cuando una ciencia avanza con rapidez, ideas formuladas por individuos se vuelven pronto patrimonio común. Nadie que exponga hoy sus opiniones sobre la histeria y sus bases psíquicas podrá evitar el enunciar y repetir multitud de ideas de otros, ideas que del patrimonio individual acaban por pasar al común. Y apenas es posible comprobar, para cada una de ellas, quién la formuló primero, y hasta se corre el riesgo de considerar producto propio

lo ya dicho por otros. Deberá disimularse, pues, que aquí se hagan pocas citas y no se distinga con precisión entre lo propio y lo ajeno. Originalidad es el último de los reclamos que debe hacerse a lo que se expondrá en las páginas que siguen.

1. ¿Son ideógenos todos los fenómenos histéricos?

En la «Comunicación preliminar» hablamos sobre el mecanismo psíquico de «fenómenos histéricos», no de «la histeria», pues no pretendemos validez irrestricta para nuestras tesis respecto de ella ni de la teoría psíquica de los síntomas histéricos. No creemos que todos los fenómenos de la histeria se produzcan de la manera por nosotros expuesta, ni que todos sean *ideógenos*, es decir, condicionados por representaciones. En esto diferimos de Moebius (1888, reimpreso en 1894), quien propuso esta definición: «Histéricos son todos aquellos fenómenos patológicos causados por representaciones». Luego este aserto se elucidó del siguiente modo: sólo una parte de los fenómenos patológicos corresponde al contenido de las representaciones causantes, a saber, los producidos por autosugestión y sugestión por extraños; por ejemplo, cuando la representación de no poder mover el brazo condiciona una parálisis de este. Otra parte de los fenómenos histéricos estarían, sí, causados por representaciones, pero no se les corresponderían en su contenido; por ejemplo, cuando en una de nuestras observaciones la parálisis del brazo es producida por la visión de unos objetos semejantes a serpientes [cf. pág. 62].

Moebius no pretende postular con esta definición un cambio en la nomenclatura, de suerte que en lo sucesivo sólo se llamaran histéricos los fenómenos patológicos ideógenos, condicionados por representaciones; lo que sostiene es que todos los fenómenos patológicos histéricos son ideógenos. «Puesto que con harta frecuencia unas representaciones son causa de los fenómenos histéricos, creemos que lo son siempre». Llama a esto un razonamiento por analogía; yo preferiría calificarlo de generalización, cuya legitimidad es necesario someter primero a examen.

Antes de cualquier debate es preciso, evidentemente, consignar lo que uno entiende por histeria. La considero un cuadro clínico hallado por vía empírica y surgido de la observación, tal y como lo es la tisis pulmonar. Tales cuadros clínicos obtenidos por vía empírica son elucidados, profun-

dizados, explicados por el progreso de nuestro conocimiento; mas no pueden ni deben ser por ello suprimidos. La investigación etiológica ha mostrado que los diversos procesos parciales de la tisis pulmonar están condicionados por diversas causas patógenas; el tubérculo es debido al bacilo de Koch, y la desintegración de tejidos, la formación de cavidades y la fiebre séptica, a otros microbios. A pesar de ello la tisis pulmonar sigue siendo una unidad clínica, y sería incorrecto desagregarla adscribiéndole sólo las alteraciones de tejidos «específicamente tuberculosas», condicionadas por el bacilo de Koch, y separando de ellas todas las otras. — De igual modo, es preciso conservar la unidad clínica de la histeria aunque hubiera de resultar que sus fenómenos están condicionados por causas diferentes, a saber, unos por un mecanismo psíquico, pudiendo los otros producirse sin mediar este.

Ahora bien, yo estoy convencido de que es realmente eso lo que ocurre. Sólo una parte de los fenómenos histéricos es ideógena, y el supuesto de la definición de Moebius divide en dos mitades la unidad clínica de la histeria, y aun la unidad de un mismo síntoma en un mismo enfermo.

He aquí un razonamiento por analogía en un todo similar al de Moebius: «Puesto que harto a menudo representaciones y percepciones provocan la erección, suponemos que ellas solas lo hacen siempre e incluso que los estímulos periféricos tienen que pasar primero por el rodeo de la psique antes de desencadenar aquel proceso vasomotor». Sabemos que eso es erróneo, y sin embargo en la base de ese razonamiento hay tantos hechos como en la del enunciado de Moebius respecto de la histeria. Por analogía con gran número de procesos fisiológicos, como la secreción lacrimal y de saliva, alteraciones en la acción del corazón, etc., cabe suponer posible y probable que el mismo proceso pueda ser desencadenado tanto por representaciones como por estímulos periféricos u otros, no psíquicos. Si se afirma lo contrario se lo debe probar, y lejos se está de ello. Por otra parte, parece seguro que muchos de los fenómenos llamados histéricos no son causados por representaciones solamente.

Consideremos un caso ordinario. Una mujer, frente a cada afecto, contrae un eritema en cuello, pecho y rostro, primero en forma de manchas y luego confluyente. Está condicionado por representaciones y es, por tanto, según Moebius, un fenómeno histérico. Ahora bien, ese mismo eritema le sobreviene, aunque menos extendido, por estimulación de la piel, por contacto, etc. Este último no sería

histérico. De tal suerte, un fenómeno que con toda seguridad es unitario pertenecería a la histeria unas veces y otras no. Y por cierto se puede dudar de que este fenómeno, el eretismo de los vasomotores, deba considerarse específicamente histérico, o más bien incluirse en el mero «nerviosismo». Pero según Moebius habría que llevar a cabo esa desagregación de un fenómeno unitario y llamar histérico sólo al eritema de condicionamiento afectivo.

Lo mismo sucede con las algias histéricas, tan importantes en la práctica. Sin duda que muchas veces están condicionadas directamente por representaciones; son «alucinaciones de dolor». Si las indagamos con más precisión, se demuestra que para su génesis no basta una gran vivacidad de la representación, sino que es necesario un particular estado anormal del aparato que siente y conduce el dolor, como en la génesis del eritema afectivo la excitabilidad anormal de los vasomotores. La expresión «alucinación de dolor» designa por cierto la naturaleza de esta neuralgia de la manera más acertada, pero nos fuerza también a trasferirle los puntos de vista que nos hemos formado respecto de la alucinación en general. Examinar esta a fondo estaría fuera de lugar aquí. Me declaro partidario de la opinión de que la «representación», la imagen mnémica sola, sin excitación del aparato perceptivo, nunca alcanza el carácter de existencia objetiva, constitutivo de la alucinación, ni siquiera cuando esa imagen posee su vividez e intensidad máximas.[1]

[1] Este aparato de la percepción, incluidas las esferas sensoriales de la corteza, tiene que ser diferente del órgano que conserva y reproduce las impresiones sensoriales como imágenes mnémicas. En efecto, la condición básica para el funcionamiento del aparato de la percepción es la más rápida *restitutio in statum quo ante* {restitución al estado anterior}; de lo contrario no podría producirse ninguna otra percepción correcta. La condición de la memoria, en cambio, es que no se produzca esa restitución, sino que cada percepción cree unas alteraciones duraderas. Es imposible que un mismo órgano satisfaga esas dos condiciones contradictorias; el espejo de un telescopio de reflexión no puede ser al mismo tiempo placa fotográfica. Estoy de acuerdo con Meynert en este sentido, a saber, que es la excitación del aparato perceptivo la que confiere a la alucinación el carácter de lo objetivo; pero no lo estoy en cuanto a su enunciado de que se trata de la excitación de los centros subcorticales. Pero si es la imagen mnémica la que ha de excitar el órgano de la percepción, es preciso suponer una excitabilidad de este último modificada contra la norma, que, justamente, haga posible la alucinación. [La tesis de que las funciones de la percepción y de la memoria no pueden ser cumplidas por un solo aparato fue adoptada por Freud en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **5**, págs. 531-2. Ya la había sustentado en su «Proyecto de psicología»

Si esto ya es válido para las alucinaciones sensoriales, lo es todavía más para las de dolor. En efecto, no parece posible para una persona sana dotar al recuerdo de un dolor corporal aunque sólo fuera con aquella vividez, lejana aproximación a la sensación real, que se obtiene con las imágenes mnémicas ópticas y acústicas. Aun en el estado alucinatorio normal de la persona sana, en el dormir, yo creo que nunca se sueña con dolores a menos que esté presente una sensación real de dolor. La excitación «retrocedente» del aparato perceptivo —o sea, desde el órgano de la memoria—[2] por unas representaciones es entonces, *como norma*, todavía más difícil para el dolor que para las sensaciones visuales y auditivas. Y si en la histeria se presentan con tal facilidad alucinaciones de dolor, tenemos que postular una excitabilidad anómala del aparato de recepción del dolor.

Ahora bien, este último aparece incitado no meramente por representaciones, sino también por estímulos periféricos, en un todo como el eretismo de los vasomotores antes considerado.

Es de observación cotidiana que, en personas de nervios normales, dolores periféricos son condicionados por procesos patológicos, pero en sí no dolorosos, que tienen por teatro otros órganos; así, el dolor de cabeza, condicionado por alteraciones de relativa insignificancia en la nariz y sus cavidades vecinas; neuralgias de los nervios intercostal y braquial, por el corazón, etc. Si en un enfermo existe aquella excitabilidad anómala que debimos suponer como condición de la alucinación de dolor, las irradiaciones que acabamos de citar están, por así decir, a su disposición. Las que sobrevienen también en no nerviosos se le vuelven más intensas, y además se forman irradiaciones que sólo hallamos en los enfermos de los nervios, pero que responden al mismo mecanismo que aquellas otras. Así, una neuralgia ovárica depende, creo, de los estados del aparato genital. Que sobrevenga por mediación psíquica es algo que

(1950*a*), *AE*, **1**, págs. 343-4, escrito pocos meses después de la publicación del presente volumen, así como en la carta a Fliess del 6 de diciembre de 1896, *ibid.*, págs. 274-5, y volvió a formularla en *Más allá del principio de placer* (1920*g*), *AE*, **18**, pág. 25 —donde atribuye explícitamente dicha concepción a Breuer— y en la «Nota sobre la "pizarra mágica"» (1925*a*).]

[2] [Esta idea de la naturaleza «retrocedente» de la alucinación fue propuesta por Freud en su examen de los sueños en el «Proyecto de psicología» (1950*a*), *AE*, **1**, pág. 385. También se la hallará en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **5**, págs. 536 y sigs., donde se utiliza el término «regresión».]

debería probarse, y no se lo demuestra produciendo este dolor, lo mismo que cualquier otro, como alucinación en la hipnosis, ni por el hecho de que la neuralgia ovárica pueda ser también de origen psíquico. Ella se genera, como el eritema o como una de las secreciones normales, por causas tanto psíquicas como puramente somáticas. Ahora bien, ¿llamaríamos histéricas sólo a las primeras, aquellas cuyo origen psíquico conocemos? En tal caso deberíamos excluir del síndrome histérico la neuralgia ovárica observada comúnmente, lo que parece impracticable.

Cuando después de un trauma leve de una articulación poco a poco se desarrolla una artralgia grave, no hay duda de que ese proceso contiene un elemento psíquico: la atención se concentra en la parte lastimada, lo cual acrecienta la excitabilidad de las vías nerviosas correspondientes; pero difícilmente se pueda decir que la hiperalgesia esté condicionada por representaciones.

Lo mismo ocurre con el rebajamiento patológico de la sensación. No ha sido en modo alguno demostrado y es improbable que la analgesia general o la analgesia de partes del cuerpo sin anestesia sea causada por representaciones. Y aunque hubiere de corroborarse el descubrimiento de Binet y de Janet según el cual la hemianestesia está condicionada por un peculiar estado psíquico, a saber, la escisión de la psique, ese sería un fenómeno psicógeno, no ideógeno, y en consecuencia no se lo llamaría histérico según Moebius.

Entonces, si respecto de un gran número de fenómenos histéricos característicos no podemos suponer que sean ideógenos, lo correcto parece ser limitar la proposición de Moebius. No decimos: «Son histéricos aquellos fenómenos patológicos ocasionados por representaciones», sino sólo: «*Son ideógenos muchos de los fenómenos histéricos, probablemente más de los que hoy sabemos tales*». Ahora bien, la alteración patológica fundamental, común, que posibilita tanto a las representaciones como a estímulos no psicológicos ejercer efectos patógenos, es una excitabilidad anómala del sistema nervioso.[3] Constituye otra cuestión saber si esta última es, a su vez, de origen psíquico.

Pero si se admite que una parte de los fenómenos histéricos son ideógenos, precisamente a ellos sería lícito llamar-

[3] Atribuida por Oppenheim [1890] a la «labilidad de las moléculas». Quizá sea posible más adelante sustituir la expresión del texto, muy vaga, por una fórmula más precisa y de contenido más rico. [Cf. *infra*, págs. 250 y sigs.]

los específicamente histéricos, y su exploración, el descubrimiento de su origen psíquico, constituiría el paso más esencial y novedoso en el progreso de la teoría de la enfermedad. Entonces se plantea esta otra pregunta: ¿Cómo se producen, cuál es el «mecanismo psíquico» de estos fenómenos?

Con relación a este problema, los dos grupos de síntomas ideógenos diferenciados por Moebius [pág. 198] se comportan de un modo esencialmente diverso. Aquellos en los cuales el fenómeno patológico se corresponde en su contenido con la representación excitadora son relativamente entendibles y trasparentes. Si la representación de una voz escuchada no se limita a hacerla resonar quedamente en el «oído interior», como ocurre en la persona sana, sino que la hace percibir de manera alucinatoria como una sensación auditiva real y objetiva, esto responde al familiar fenómeno de la vida sana (el sueño) y se entiende bien bajo el supuesto de una excitabilidad anormal. Sabemos que, en todo movimiento voluntario, la representación del resultado por alcanzar es lo que desencadena la contracción muscular respectiva; no parece del todo inconcebible que la representación de la imposibilidad de esta última impida el movimiento (parálisis sugestiva).

Diverso es el caso de aquellos fenómenos que no poseen ningún nexo lógico con la representación ocasionadora. (También para ellos la vida normal ofrece analogías; por ejemplo, el rubor, etc.) ¿Cómo se producen, por qué en el enfermo una representación desencadena justamente cierto movimiento o alucinación que no se le corresponde en nada, de manera en un todo desacorde con la *ratio*?

En nuestra «Comunicación preliminar» creímos poder enunciar algo acerca de este nexo causal, basados en nuestras observaciones. Pero allí introdujimos y aplicamos sin más trámite el concepto de «*la excitación que es preciso que sea drenada o abreaccionada*».[4] Este concepto, en general de fundamental importancia para nuestro tema y para la doctrina de las neurosis, parece empero demandar y merecer una indagación más detenida. Antes de pasar a ella, debo pedir disculpas por tener que remontarme aquí a los problemas básicos del sistema nervioso. Ese «descenso a las madres»[5] siempre tiene algo de angustioso; pero el intento

[4] [Esta cita no pertenece a la «Comunicación preliminar», en ningún lugar de la cual se menciona expresamente esta hipótesis básica. Véanse las observaciones que hago al respecto en mi «Introducción», *supra*, págs. 13-4.]

[5] [O sea, la exploración de las profundidades; alusión a las misteriosas investigaciones de Fausto (Goethe, *Fausto*, parte II, acto I).]

de sacar al aire las raíces de un fenómeno conduce siempre, inevitablemente, hasta los problemas básicos que no se pueden rehuir. Que se nos perdone, pues, el carácter abstruso de las consideraciones que siguen.

2. La excitación tónica intracerebral. Los afectos

(*A*)

Conocemos dos estados extremos del sistema nervioso central: el dormir sin sueños y la vigilia lúcida. Entre ellos forman transición estados de lucidez menor en todas sus gradaciones. Aquí no nos interesa el problema de la finalidad y del fundamento físico del dormir (condiciones químicas o vasomotoras), sino la diferencia esencial entre ambos estados.

Acerca del dormir profundo y sin sueños no podemos enunciar nada directo, pues justamente ese estado de falta total de conciencia excluye cualquier observación y experiencia. Pero sabemos que en el estado, vecino a este, del dormir con sueños nos proponemos movimientos voluntarios, hablamos, caminamos, etc., sin que por eso se desencadenen de manera voluntaria las correspondientes contracciones musculares, como en la vigilia acontece; sabemos que en él quizá se perciban estímulos sensoriales (puesto que suelen introducirse en el sueño), pero no son objeto de apercepción, vale decir, no devienen percepciones concientes; que representaciones aflorantes no vuelven actuales {*aktuell*}, como en la vigilia, todas las representaciones con ellas entramadas, presentes en la conciencia potencial, sino que grandes masas de estas permanecen inexcitadas (p. ej., cuando hablamos con un difunto sin acordarnos de que ha muerto); que aun representaciones inconciliables pueden coexistir sin inhibirse recíprocamente como lo harían en la vigilia; que, por tanto, la asociación se produce de manera defectuosa e incompleta. Tenemos derecho a suponer que en el dormir más profundo esa cancelación del nexo entre los elementos psíquicos es todavía más acabada, es completa.

En la vigilia lúcida, al contrario, todo acto de voluntad desencadena el movimiento apropiado, las impresiones sensoriales se convierten en percepciones, las representaciones se asocian con el patrimonio íntegro de la conciencia poten-

cial. El encéfalo es en ese caso una unidad que trabaja con total trabazón interna.

Quizá sólo propongamos una paráfrasis de estos hechos si decimos que en el dormir las vías de conexión y conducción del encéfalo no son transitables para la excitación de los elementos psíquicos (¿células de la corteza?), mientras que en la vigilia lo son enteramente.

La existencia de estos dos diferentes estados de las vías conductoras se vuelve comprensible sólo mediante el supuesto de que durante la vigilia ellas se encuentran con excitación tónica (*tetanus* intercelular de Exner [1894, pág. 93]), que esta *excitación tónica intracerebral* condiciona su capacidad de operación y que su disminución y desaparición constituyen, justamente, el estado del dormir.

No deberíamos representarnos una vía conductora cerebral como un hilo telefónico que sólo recibe excitación eléctrica cuando debe funcionar —en nuestro caso: cuando debe trasmitir un signo—, sino como uno de aquellos conductores telefónicos por los que fluye de manera constante una corriente galvánica y que se vuelven inexcitables cuando esta cesa. — O, quizá mejor, pensemos en un dispositivo eléctrico muy ramificado y destinado a iluminar y proveer de fuerza motriz; se le requiere que cada lámpara y cada motor puedan ponerse en funcionamiento mediante simple contacto. Para posibilitarlo, para que toda la red conductora mantenga un aporte de trabajo aun durante la quiescencia funcional, debe existir una determinada tensión, y a ese efecto la dínamo debe gastar un determinado volumen de energía. — De igual manera, existe una cierta medida de excitación en las vías conductoras del encéfalo quiescente, vigil, pero aprontado para el trabajo.[6]

[6] Permítaseme indicar aquí brevemente la representación que está en la base del desarrollo que se expone en el texto. Solemos imaginar las células nerviosas sensibles y sensorias como un aparato pasivo de recepción; pero ello es erróneo: en efecto, ya la existencia del sistema de fibras de asociación prueba que también desde esas células fluye excitación a las fibras nerviosas. Dentro de una fibra nerviosa que conecte, *per continuitatem* {por continuidad} o *per contiguitatem* {por contigüidad}, a dos células sensorias es preciso que exista un estado de tensión si de ambas células afluye excitación hacia esa fibra. Ese estado de tensión es a la excitación que corre —p. ej., hacia una fibra periférica, motriz— como una presión hidrostática es a la fuerza viva de agua fluyente, o como una tensión eléctrica es a la corriente eléctrica. Si todas las células nerviosas se encuentran en un estado de excitación mediana, y excitan a sus prolongaciones nerviosas [neuritas], toda esa enorme red forma un reservorio unitario de «tensión nerviosa». Así, además de la energía potencial que está quiescente en el patrimonio químico de la cé-

Con esa pintura nuestra se corresponde el hecho de que la vigilia como tal, aun sin operación de trabajo, fatiga y produce la necesidad de dormir; en sí ella condiciona ya un gasto de energía.

Imaginemos a un hombre en estado de expectativa tensa, pero sin que esta recaiga sobre un determinado campo sensorial. Estaremos así frente a un cerebro quiescente, pero aprontado para operar. Tal vez tengamos derecho a suponer que, en este, todas las vías conductoras se encuentran acomodadas al máximo de su capacidad de conducción, con excitación tónica. Es característico que el lenguaje llame «tensión» a ese estado. La experiencia enseña cuánto esfuerzo y fatiga provoca, aunque de hecho no se efectúe ningún trabajo motor o psíquico actual.

Este es un estado excepcional que justamente por el gran gasto de energía que demanda no se tolera mucho tiempo. Pero también el estado normal de la vigilia lúcida condiciona una cuantía de excitación intracerebral que oscila dentro de límites no demasiado amplios; todas las gradaciones desde la vigilia hasta el adormilamiento y el dormir efectivo corresponden a grados descendentes de excitación.

Es cierto que la efectiva operación de trabajo del encéfalo condiciona un gasto de energía mayor que el mero apronte para el trabajo (así como el dispositivo eléctrico presentado líneas antes con fines comparativos tiene que hacer afluir un volumen mayor de energía eléctrica en las líneas de conducción cuando se han conectado muchas lámparas o motores). Dada una función normal, no se liberará más energía que la gastada enseguida en la actividad. Pero el cerebro se comporta como un dispositivo así, de capacidad de operación limitada, que, por ejemplo, no podría producir al mismo tiempo grandes volúmenes de luz y de trabajo mecánico. Si trabaja en la trasmisión de fuerza motriz, le resta

lula, y de aquella forma de energía cinética, por nosotros desconocida, que en el estado de excitación corre por las fibras, tendríamos que suponer también un estado quiescente de excitación nerviosa, la *excitación tónica* o *tensión nerviosa.* [Freud parece haberse basado en esta nota y en el pasaje correspondiente del texto para atribuir a Breuer el distingo entre la energía psíquica «libre» y la «ligada» y el concomitante distingo entre los sistemas primario y secundario de operación anímica. En «Lo inconciente» (1915*e*), *AE*, **14**, págs. 183-4, y en *Más allá del principio de placer* (1920*g*), *AE*, **18**, pág. 26, declara definidamente que estas ideas derivan de la contribución de Breuer a *Estudios sobre la histeria*, aunque sin dar referencias más precisas. Freud ya había hecho suya la idea en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **5**, págs. 588 y sigs., pero discutió la cuestión más ampliamente en el «Proyecto de psicología» (1950*a*), *AE*, **1**, págs. 416-8.]

poca energía para la iluminación, y a la inversa. De este modo, vemos que nos resulta difícil mantener una meditación en medio de un intenso esfuerzo muscular; que si la atención se concentra en un ámbito sensorial disminuye la capacidad operativa de los otros órganos cerebrales; que, por tanto, el encéfalo trabaja con un volumen de energía cambiante, pero limitado.

La desigual distribución de la energía acaso esté condicionada por la «facilitación atencional» (Exner [1894, pág. 165]): se eleva la capacidad operativa de las vías requeridas, disminuye la de las otras y, de ese modo, cuando el encéfalo trabaja, aun la «excitación tónica intracerebral» se encuentra distribuida desigualmente.[7]

Despertamos a un durmiente, es decir, aumentamos de repente el *quantum* de su excitación tónica intracerebral, haciendo que produzca sus efectos sobre él un estímulo sensorial vívido. Que en ese proceso unas alteraciones en la circulación cerebral sean eslabones esenciales de la cadena causal; que los vasos se ensanchen primariamente en virtud del estímulo, o que ello sea consecuencia de la excitación de los elementos cerebrales: he ahí otros tantos problemas abiertos. Lo que sí es seguro es que el estado de excitación que entra por uno de los portales sensoriales se propaga desde ahí por el cerebro, se difunde y pone a todas las vías conductoras en un estado de facilitación más elevada.

También sigue siendo totalmente oscuro cómo se produce el despertar espontáneo: si es siempre una misma parte del encéfalo la que entra primero en el estado de la excitación de vigilia y esta se extiende desde aquella, o si son ora unos, ora otros grupos de elementos los que actúan de despertadores.

No obstante, el despertar espontáneo, que sobreviene aun en plena quietud y oscuridad sin estímulos exteriores, prueba que el desarrollo de energía está fundado en el proceso vital de los propios elementos cerebrales.

El músculo no estimulado permanece quieto aunque lo

[7] La concepción de la energía del sistema nervioso central como una cantidad que se distribuye por el encéfalo de manera oscilante y alternante es ya antigua. «*La sensibilité* —ha dicho Cabanis [1824, 3, pág. 153]— *semble se comporter à la manière d'une fluide dont la quantité totale est déterminée et qui, toutes les fois qu'il se jette en plus grande abondance dans un de ses canaux, diminue proportionnellement dans les autres*» {«La sensibilidad parece comportarse como un fluido cuya cantidad total estuviera determinada y que, cada vez que se vertiera en mayor abundancia en uno de sus canales, disminuyera proporcionalmente en los otros»} (citado según Janet, 1894, pág. 277).

esté desde hace largo tiempo y haya acumulado dentro de sí el máximo de fuerzas de tensión. No ocurre lo mismo con los elementos cerebrales. Parece que tenemos derecho a suponer que en el dormir ellos reconstituyen su integridad y reúnen fuerzas de tensión. Una vez que ello ha acontecido en un cierto grado, cuando por así decir se ha alcanzado cierto nivel, el sobrante se drena por las vías conductoras, las facilita y produce la excitación intracerebral de la vigilia.

Es instructivo observar este mismo proceso en la vigilia. Cuando el encéfalo despierto permanece largo tiempo en reposo, sin que una función suya mude fuerza de tensión en energía viva, sobrevienen la necesidad y el esfuerzo de quehacer. Una prolongada quiescencia motriz crea la necesidad de movimiento (el pasearse las fieras en la jaula sin finalidad alguna) y un sentimiento penoso cuando esa necesidad no puede ser satisfecha. La falta de estímulos sensoriales, las tinieblas, un silencio total, se vuelven penosos; reposo intelectual, falta de percepciones, de representaciones, de capacidad de asociación, producen el martirio del aburrimiento. Estos sentimientos de displacer corresponden a una «agitación» {«*Aufregung*»}, un incremento de la excitación intracerebral normal.

Por tanto, los elementos cerebrales completamente reconstituidos liberan, aun en estado quiescente, cierto grado de energía, que, si no se la emplea funcionalmente, incrementa la excitación intracerebral. Esto produce un sentimiento de displacer, el cual se genera siempre que una necesidad del organismo no encuentra satisfacción. Puesto que el que aquí consideramos desaparece cuando se emplea funcionalmente el *quantum* de excitación sobrante liberado, inferimos que esta remoción del sobrante de excitación es una necesidad del organismo, y aquí nos topamos por primera vez con el hecho de que en el organismo existe la *«tendencia a mantener constante la excitación intracerebral»* (Freud).[8]

Un sobrante de ella sobrecarga e importuna, y genera la pulsión a gastarlo. Si ello no es posible mediante una actividad sensorial o de representación, el sobrante se drena en

[8] [Esta fue, al parecer, la primera enunciación explícita que hizo Freud del «principio de constancia», ya esbozado en la carta a Breuer del 29 de junio de 1892 (1941*a*), *AE*, **1**, pág. 183, y en otro bosquejo póstumo de ese mismo año (1940*d*), *ibid.*, pág. 190. Desarrolló esta hipótesis en el «Proyecto» de 1895 (1950*a*), *AE*, **1**, esp. págs. 340-2, con el nombre de «principio de inercia neuronal». En lo esencial, empero, ya la había formulado en la conferencia (1893*h*) pronunciada más o menos por la misma época en que se publicó la «Comunicación preliminar» (*AE*, **3**, pág. 37). Se hallarán más consideraciones sobre esto en mi «Introducción», *supra*, págs. 13 y sigs.]

una acción motriz carente de finalidad, en el pasearse de un lado a otro, etc.; luego hallaremos que esta es la forma más frecuente de aligerar tensiones hipertróficas.

Es notoria la muy grande diversidad individual en este respecto: cuánto se distinguen los hombres vivaces de los perezosos y aletargados; aquellos que «no pueden estarse quietos» y los que «tienen un talento innato para permanecer sentados en un sillón»; los movedizos intelectualmente y los embotados, que toleran larguísimos períodos de quietud intelectual. Estas diversidades, constitutivas del «temperamento intelectual» de los seres humanos, tienen sin duda por base profundas diferencias en su sistema nervioso; se basan en la magnitud con que los elementos cerebrales en quiescencia funcional liberan energía.

Hemos hablado de una tendencia del organismo a conservar constante la excitación cerebral tónica; pero sólo la entenderemos si podemos inteligir qué necesidad es satisfecha con ella. Comprendemos que la temperatura media del animal de sangre caliente tienda a conservarse constante; es que por experiencia sabemos que ello constituye un óptimo para la función de los órganos. Y presuponemos algo semejante para la constancia del contenido de agua en la sangre, etc. Creo lícito suponer que también la altura de la excitación tónica intracerebral tiene un *optimum*. En este nivel de la excitación tónica, el encéfalo es accesible a todos los estímulos exteriores, los reflejos están facilitados (pero sólo en la dimensión de la actividad refleja normal), el patrimonio de representaciones se encuentra asequible para ser despertado y asociado en aquella proporción recíproca relativa de las representaciones singulares que corresponde a la reflexión clara; es el estado de mejor apronte para el trabajo. Ya aquella elevación pareja de la excitación tónica que constituye la «expectativa» altera las circunstancias. Lo vuelve a uno hiperestésico para estímulos sensoriales que pronto se tornarán penosos, y eleva la excitabilidad de reflejo por encima de lo útil (medrosidad). Sin duda que ese estado es útil para muchas situaciones y fines; pero cuando sobreviene de manera espontánea, sin esas condiciones previas, no mejora nuestra capacidad de operación, sino que la daña. En la vida ordinaria lo designamos un «estar nervioso». — Pero en la mayor parte de las formas de acrecentamiento de excitación se trata de una hiperexcitación despareja, directamente perjudicial para la capacidad de operación. La llamamos «desequilibrio emocional» {«*Aufregung*»}. No es inconcebible, sino que mantiene analogía con otras regulaciones del organismo, que en este exista el afán de mantener

el óptimo de excitación y de restablecerlo después que ha sido rebasado.

Permítasenos recurrir otra vez a la comparación con un dispositivo de iluminación eléctrica. También la tensión dentro de su red conductora tiene un óptimo; trasgredido este, es fácil que se perjudique la función, haciendo, por ejemplo, fundirse los filamentos incandescentes. Más adelante nos referiremos al daño del dispositivo mismo por deficiente aislamiento y «cortocircuito».

(*B*)

Nuestro lenguaje, resultado de la experiencia de muchas generaciones, distingue con una sutileza asombrosa entre aquellos grados y formas del acrecentamiento de excitación que son todavía útiles a la actividad mental[9] porque elevan de manera pareja la energía libre de todas las funciones cerebrales, y aquellos que la perjudican, en parte por elevar de manera despareja las funciones psíquicas y, en parte, por inhibirlas.

Llama a los primeros *incitación* {*Anregung*}, y a los segundos *desequilibrio emocional* {*Aufregung*}. Una charla interesante, el té, el café, incitan; una pelea, una gran dosis de alcohol, desequilibran emocionalmente. Mientras que la incitación sólo acicatea la pulsión de valorizar funcionalmente la excitación acrecentada, el desequilibrio emocional busca aligerarse en procesos más o menos violentos, que rozan lo patológico o lo son en efecto. Constituye la base psicofísica de los afectos; de estos hablaremos luego. Antes tocaremos de pasada unas causas fisiológicas, endógenas, del acrecentamiento de excitación.

Son tales, en primer lugar, las grandes necesidades fisiológicas y pulsiones del organismo: la necesidad de oxígeno, el hambre y la sed. Puesto que el desequilibrio emocional que promueven se enlaza con determinadas sensaciones y representaciones-meta, no ofrece a nuestra observación un ejemplo tan puro de acrecentamiento de la excitación como aquel de que antes hablábamos, sólo nacido de la quiescencia de los elementos cerebrales. Tiene siempre su coloración particular. Pero es inequívoco en la agitación {*Aufregung*} angustiada de la disnea, así como en la inquietud del hambriento.

[9] [O sea, pese a superar el óptimo; véase el penúltimo párrafo del apartado anterior.]

El aumento de excitación que fluye de estas fuentes está condicionado por la alteración química de los elementos cerebrales mismos, que se empobrecen de oxígeno, de fuerzas de tensión o de agua; se drena por vías motrices preformadas que conducen a la satisfacción de la necesidad desencadenante: la disnea, en los esfuerzos por respirar; el hambre y la sed, en la búsqueda y obtención de alimento y agua. El principio de la constancia de la excitación apenas tendrá eficacia frente a este desequilibrio; es que los intereses a los cuales sirve en este caso el aumento de excitación son mucho más importantes para el organismo que el restablecimiento de proporciones funcionales normales en el encéfalo. Es cierto que a los animales domesticados se los ve correr de un lado a otro antes de la hora de la ración; pero esto muy bien puede considerarse un resto de la operación motriz preformada de buscar alimento, carente de finalidad ahora, en el cautiverio, y no un medio de librar de desequilibrio al sistema nervioso.

Si la estructura química del sistema nervioso es alterada de modo duradero por el continuo aporte de sustancias extrañas, esos estados de desequilibrio son condicionados también por su carencia, como la carencia de las sustancias nutritivas en la persona sana; es el desequilibrio por la *abstinencia* de narcóticos.

La excitación sexual y el afecto sexual constituyen la transición desde esos acrecentamientos endógenos de excitación hasta los afectos psíquicos en el sentido estricto. Como primer acrecentamiento de excitación, vago, sin destinación, sin meta, aparece la sexualidad durante la pubertad. En el ulterior desarrollo se constituye (en el caso normal) una conexión fija de aquel acrecentamiento endógeno, condicionado por la función de las glándulas genésicas, con la percepción o representación del otro sexo, y aun, en el extraordinario fenómeno del enamoramiento de una persona individual, con la representación singular de esta. Esa representación *entra en posesión de la cantidad íntegra de excitación* que es liberada por la pulsión sexual; pasa a ser una «representación afectiva». Esto es: a raíz de su devenir-actual dentro de la conciencia se desencadena el aumento de excitación que en verdad proviene de otra fuente, las glándulas genésicas.

La pulsión sexual es por cierto la fuente más poderosa de aumentos de excitación persistentes (y, como tal, de neurosis); este acrecentamiento de excitación se distribuye

de manera en extremo despareja por el sistema nervioso. En sus grados máximos de intensidad, el decurso de la representación es perturbado, y cambiado el valor relativo de las representaciones; en el orgasmo[10] del acto sexual, el pensar se borra casi por completo.

También sufre la percepción, el procesamiento psíquico de las sensaciones; el animal de ordinario medroso y precavido se vuelve ciego y sordo ante el peligro. En cambio, se acrecienta (al menos en el macho) la intensidad del instinto {*Instinkt*} agresivo; el animal pacífico se vuelve peligroso hasta que la excitación se aligera en las operaciones motrices del acto sexual.

(*C*)

Una perturbación semejante del equilibrio dinámico en el interior del sistema nervioso, vale decir, la distribución desigual de la excitación acrecentada, es justamente la que constituye el lado psíquico de los afectos.

No nos proponemos intentar aquí ni una psicología ni una fisiología de los afectos. Elucidaremos un solo punto de importancia para la patología, y además únicamente respecto de los afectos ideógenos, aquellos que son producidos por percepciones y representaciones. (Lange (1885 [págs. 62 y sigs.]) ha vuelto a señalar, con acierto, que los afectos pueden ser condicionados casi tanto por sustancias tóxicas —y, según lo prueba la psiquiatría, primariamente por alteraciones patológicas— como por representaciones.)

En verdad, no se precisa alegar más razones para afirmar que todas aquellas perturbaciones del equilibrio psíquico que llamamos «afectos agudos» van acompañadas de un acrecentamiento de excitación. (En los afectos crónicos, la pena y la preocupación, es decir, una angustia prolongada, existe la complicación de un serio estado de fatiga que deja subsistir la distribución desigual de la excitación y, con ella, la perturbación del equilibrio, pero rebaja su altura.) Ahora bien, esa excitación acrecentada no puede emplearse en una actividad psíquica. Todos los afectos intensos dañan la asociación, el decurso de la representación. La cólera o el terror hacen «perder el sentido de las cosas». Sólo persisten en la conciencia con máxima intensidad aquellos grupos de representación excitados por el afecto. Así se vuelve imposible

[10] [«*Orgasmus*» en la primera y segunda ediciones; en las posteriores figura, por error, «*Organismus*».]

nivelar esa emoción {*Aufregung*} mediante una actividad asociativa.

Pero los afectos «activos», «esténicos», nivelan el acrecentamiento de excitación mediante una descarga motriz. El gritar y brincar de alegría, el acrecentado tono muscular de la cólera, el dicho airado y la acción vengadora hacen que la excitación se drene en actos de movimiento. El dolor psíquico la descarga en esfuerzos respiratorios y en un acto de secreción: el sollozar y llorar. Es de experiencia cotidiana que estas reacciones atemperan y apaciguan la emoción. Como se puntualizó [pág. 34], el lenguaje lo expresa en los términos «desfogarse», «desahogarse llorando», etc.; lo que ahí se libera es justamente la excitación cerebral acrecentada.

Sólo algunas de estas reacciones son acordes al fin, pues por medio de ellas se cambia algo en la situación, como lo hacen la acción o el dicho coléricos. Las otras carecen por completo de finalidad o, más bien, no poseen otro fin que la nivelación del acrecentamiento excitatorio y el establecimiento del equilibrio psíquico. Cuando operan esto último, sirven a la «tendencia a mantener constante la excitación cerebral».

A los afectos «asténicos» del terror y de la angustia les falta este aligeramiento reactivo. El terror directamente paraliza tanto la motilidad como la asociación, y lo mismo hace la angustia cuando la causa del afecto de angustia y las circunstancias excluyen la única reacción acorde al fin, a saber, el escapar. La excitación del terror sólo desaparece mediante una nivelación paulatina.

La cólera posee reacciones adecuadas que corresponden a su ocasionamiento. Si ellas son imposibles o se las inhibe, en su lugar aparecen subrogados. Ya el dicho colérico lo es. Pero también las sustituyen otros actos, enteramente faltos de finalidad. Cuando Bismarck se ve precisado a sofocar su emoción airada frente al emperador, se alivia haciendo añicos contra el piso un precioso jarrón. Esta deliberada sustitución de un acto motor por otro se corresponde por entero con la de los reflejos naturales de dolor por otras contracciones musculares. El reflejo preformado frente a la extracción de un diente es apartar al dentista y gritar; si en vez de ello contraemos los músculos de los brazos, que oprimen el costado de la silla, trasladamos de un grupo de músculos a otro el *quantum* de excitación desencadenado por el dolor. [Cf. pág. 110.] A raíz de un dolor de dientes violento y espontáneo, que fuera de la queja no tiene ningún reflejo preformado, la excitación se drena en un pasearse de un lado a otro sin finalidad. De igual modo trasportamos la excita-

ción de la cólera de la reacción adecuada a otra y nos sentimos aligerados cuando es consumida mediante alguna inervación motriz intensa.

Pero cuando al afecto le es absolutamente denegada una tal descarga de la excitación, la situación es en la cólera idéntica a la del terror y la angustia: la excitación intracerebral se acrecienta con violencia, pero no es consumida en actividad asociativa ni motriz. En el hombre normal esta perturbación se nivela poco a poco; pero en muchas personas surgen reacciones anómalas, se forma la «*expresión anómala de las emociones*» (Oppenheim [1890]).

3. La conversión histérica

No creo hacerme sospechoso de identificar la excitación nerviosa con la electricidad si vuelvo a la comparación con un dispositivo eléctrico. Cuando en este la tensión se vuelve hipertrófica, hay el peligro de que falle el aislamiento en los puntos más endebles. Aparecen entonces fenómenos eléctricos en puntos anormales; o, si dos hilos se encuentran el uno junto al otro, se forma un «cortocircuito». Puesto que en esos lugares se ha establecido una alteración permanente, la perturbación así condicionada puede aparecer cada vez que la tensión se incremente lo bastante. Así se ha producido una «facilitación» anormal.

Acaso se pueda aseverar que las constelaciones del sistema nervioso son semejantes en alguna medida. Es una totalidad completamente entramada; pero en muchos lugares hay interpoladas unas resistencias grandes, aunque no insuperables, que impiden la difusión general y pareja de la excitación. Así, en el hombre normal despierto, la excitación no traspasa del órgano de la representación al de la percepción: no alucinamos [cf. pág. 201]. Los aparatos nerviosos de los complejos de órganos vitales, los de la circulación y digestión, están, en interés de la seguridad y capacidad operativa del organismo, separados por fuertes resistencias de los órganos de la representación; su autonomía está asegurada, no son influibles de manera directa por unas representaciones. Pero sólo resistencias cuya fortaleza varía con los individuos impiden el paso de la excitación intracerebral al aparato de la circulación y la digestión; entre el ideal, hoy raro, del hombre en absoluto no «nervioso», cuya acción cardíaca se mantiene constante en toda circunstancia vital y sólo es influida por el trabajo que debe rendir, y que frente a cual-

quier peligro mantiene invariable su apetito e imperturbada su digestión, y el hombre «nervioso» a quien cada suceso le causa palpitaciones y diarrea; entre esos dos, decimos, se extienden todas las gradaciones de la excitabilidad afectiva.

Pero, comoquiera que fuese, en el hombre normal existen resistencias para el paso de excitación cerebral a los órganos vegetativos. Ellas se corresponden con el aislamiento de los conductores eléctricos. Dada una excitación cerebral de alta tensión, serán atravesadas en aquellos lugares donde son anómalamente débiles, y la excitación del afecto traspasará hacia el órgano periférico. Así se genera la «expresión anómala de las emociones».

De las dos condiciones para ello antes mencionadas, una ya fue elucidada en detalle. Es un grado alto de excitación intracerebral, al que le está denegada la nivelación tanto por decurso de la representación cuanto por descarga motriz, o bien es demasiado alto para que esta última pueda bastar.

La otra condición es una endeblez anormal de las resistencias en algunas vías conductoras. Puede ser inherente a la complexión originaria del ser humano (predisposición innata); puede estar condicionada por estados excitatorios de duración excesiva, que aflojan la ensambladura del sistema nervioso, por así decir, y rebajan todas las resistencias (predisposición de la pubertad), o por influjos debilitantes, enfermedad, mala alimentación, etc. (predisposición de los estados de agotamiento). La resistencia de ciertos caminos conductores puede ser rebajada por una enfermedad anterior del órgano respectivo, en virtud de la cual se facilitaron sus vías hacia el encéfalo y desde este. Un corazón enfermo padece el influjo del afecto con más intensidad que uno sano. «Tengo una caja de resonancia en el abdomen —me decía una paciente que sufría de parametritis crónica—; cuanto acontece despierta mi viejo dolor». (Predisposición por una enfermedad local.)

Los actos motores en que normalmente se aligera la excitación de los afectos son ordenados, coordinados, si bien a menudo carentes de finalidad. Pero la excitación hipertrófica puede sortear los centros de coordinación o irrumpir por ellos y drenarse en movimientos elementales. En el lactante, además de los actos respiratorios del berreo, sólo son consecuencia y expresión del afecto unas contracciones musculares incoordinadas de esa índole, el agitar brazos y piernas. Cuando el desarrollo progresa, la musculatura cae cada vez más bajo el imperio de la coordinación y de la voluntad. Pero aquel opistótonos que constituye el máximo empeño

motor de la musculatura corporal íntegra, y los movimientos clónicos de agitarse y patalear, siguen siendo durante toda la vida la forma de reacción para la excitación máxima del encéfalo: tanto la excitación puramente física del ataque epiléptico cuanto el aligeramiento de afectos máximos bajo la forma de una convulsión más o menos epileptoide (la parte puramente motriz del ataque histérico).

Tales reacciones afectivas anormales son parte indudable de la histeria; pero también se presentan fuera de esa enfermedad; señalan un grado de nerviosidad más o menos elevado, no una histeria. Sólo es lícito designar como histéricos estos fenómenos cuando no afloran como consecuencia de un afecto de alta intensidad, pero de fundamento objetivo, sino como una manifestación patológica en apariencia espontánea. Respecto de esta, muchas observaciones, entre ellas las nuestras, han demostrado que tiene por base unos recuerdos que renuevan el afecto originario. O mejor dicho: *lo renovarían si, precisamente, no se hubieran generado aquellas reacciones.*

Sin duda que en todos los hombres de mente algo movediza fluye, en estado de reposo psíquico, una queda corriente de representaciones y recuerdos a través de la conciencia; las más de las veces con una vivacidad de representación tan escasa que no deja huella alguna en la memoria, y uno no es capaz de decir luego cómo se ha producido la asociación. Pero si aflora una representación que originariamente se conectaba con un afecto intenso, también este se renueva con mayor o menor intensidad. La representación así «teñida de afecto» se presenta entonces lúcida y vivaz en la conciencia. La intensidad del afecto que un recuerdo es capaz de desencadenar varía mucho, con arreglo a la medida en que estuvo expuesta a las diversas influencias «desgastadoras». Sobre todo, con arreglo a que el afecto originario haya sido o no «abreaccionado». En la «Comunicación preliminar» [pág. 34] hemos señalado cuán diversos grados de evocación en el recuerdo admite el afecto de ira por un ultraje, según que este último hubiera sido devuelto o tolerado calladamente. Si en el ocasionamiento originario sobrevino realmente el reflejo psíquico, el recuerdo desencadena un *quantum* de excitación mucho menor.[11] En caso contra-

[11] La pulsión de venganza, tan potente en el hombre natural —y que la cultura, más que sofocar, disfraza—, no es otra cosa que la excitación de un reflejo no desencadenado. Defenderse de un daño mediante la lucha, y dañar en ella al enemigo, es el reflejo psíquico

rio, el recuerdo esfuerza una y otra vez hasta los labios las palabras de reprensión que entonces se sofocaron y que habrían sido el reflejo psíquico de aquel estímulo.

Si el afecto originario no se aligeró en el reflejo normal, sino en un «reflejo anormal», también este es vuelto a desencadenar por el recuerdo; la excitación que parte de la representación afectiva es *«convertida»* (Freud)[12] en un fenómeno corporal.

Si en virtud de una repetición frecuente este reflejo anormal ha sido facilitado enteramente, la eficacia de la representación desencadenante puede, al parecer, agotarse de manera tan total que el afecto mismo no se genere o lo haga sólo con intensidad mínima; en tal caso, la *«conversión histérica»* es completa. Ahora bien, como acontece con otras representaciones exentas de afecto, es posible que el individuo no advierta, o vuelva a olvidar enseguida, la emergencia de la representación que ya no tiene más consecuencias psíquicas.

Una sustitución así, por una excitación de vías periféricas, de la excitación cerebral que sería la destinada a producirse en virtud de cierta representación, quizá resulte más fácil de admitir si ese remplazo se produce por el recuerdo de la conducta inversa a raíz de la omisión de un reflejo preformado. Escojo un ejemplo en extremo trivial: el reflejo de estornudo. Cuando por alguna razón un estímulo que actúa sobre la mucosa nasal no desencadena ese reflejo prefor-

adecuado, preformado. Si no se lo lleva a cabo, o se lo hace insuficientemente, volverá a desencadenarse siempre por el recuerdo; se genera así la «pulsión de venganza» como un impulso irracional de la voluntad, según lo son todas las «pulsiones». Prueba de ello es, justamente, su irracionalidad, su independencia de toda ventaja y de toda adecuación a fines, y aun su triunfo sobre los miramientos de la propia seguridad. Tan pronto ese reflejo se ha desencadenado, esta irracionalidad puede ingresar en la conciencia.

> «Un semblante es el de la hazaña aún no acontecida
> y otro, diverso, el de la hazaña consumada».
> [Schiller, *Die Braut von Messina*, acto III, escena 5.]

12 [En «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*), *AE*, **14**, págs. 8-9, escribe Freud: «Cada vez que en su contribución teórica a *Estudios sobre la histeria* Breuer debió mencionar la conversión, puso mi nombre entre paréntesis, como si este primer ensayo de explicación teórica fuera de mi propiedad intelectual. Yo creo que este reconocimiento sólo es válido para el bautismo, mientras que la concepción misma nos vino a ambos al mismo tiempo y en común». En rigor, sólo en esta oportunidad, de las quince o más en que emplea el término, Breuer agregó el nombre de Freud. Es posible que este hubiera visto una versión preliminar del manuscrito de Breuer y lo convenciera de que no agregara su nombre en las otras ocasiones. — Cf. también *supra*, pág. 105, *n*. 35.]

mado, se genera, como es bien sabido, un sentimiento de excitación y tensión. Es la excitación que no puede drenarse por las vías motrices y que ahora, inhibiendo cualquier otra actividad, se difunde por el encéfalo. Este ejemplo, el más trivial, brinda empero el esquema para el proceso que sobreviene cuando se omiten reflejos psíquicos, aun los más complejos. Lo mismo ocurre en esencia con la emoción producida por la pulsión de venganza, de que antes hablábamos; y podemos perseguir ese proceso hasta las más altas esferas de las operaciones humanas: Goethe no termina con una vivencia hasta no tramitarla en la actividad poética. En él, ese es el reflejo preformado de un afecto y, mientras no haya consumado este, subsiste la excitación acrecentada penosa.

La excitación intracerebral y el proceso excitatorio en vías periféricas son magnitudes recíprocas: la primera crece si un reflejo no se ha desencadenado y en la medida en que no lo ha sido; disminuye y desaparece cuando se ha traspuesto en excitación nerviosa periférica. Así, deja de ser incomprensible que no se genere ningún afecto notable cuando la representación que estaba destinada a ocasionarlo desencadena inmediatamente un reflejo anormal en que se drena enseguida la excitación en génesis. La «conversión histérica» es en tal caso completa; la excitación originariamente intracerebral del afecto ha sido trasmudada en el proceso excitatorio de vías periféricas; la representación originariamente afectiva ya no convoca al afecto, sino sólo al reflejo anormal.[13]

Con esto hemos dado un paso más allá de la «expresión anormal de las emociones». Si el fenómeno histérico (reflejo anormal) no les parece ideógeno aun a enfermos inteligentes y buenos observadores, ello se debe a que la representación ocasionadora ya no está teñida de afecto ni se singulariza frente a otras representaciones y recuerdos; todo se presenta como un fenómeno puramente somático, sin raíz psicológica en apariencia.

[13] No me propongo seguir a muerte la comparación con un dispositivo eléctrico; dada la fundamental diversidad entre las constelaciones, apenas sirve para ilustrar los procesos del sistema nervioso, y en modo alguno los puede explicar. Pero cabe recordar aquí el caso en que en virtud de una tensión elevada ha sufrido mengua el aislamiento de los conductores de un dispositivo de iluminación, produciéndose en cierto lugar un «cortocircuito». Y si luego en ese lugar sobrevienen fenómenos eléctricos (calentamiento, unos chispazos, etc.), no se enciende la lámpara adonde llega el conductor. De igual modo, el afecto no se genera si la excitación, drenada como un reflejo anormal, es convertida en un fenómeno somático.

Ahora bien, ¿qué es lo que determina {*determinieren*} el aligeramiento de la excitación afectiva de tal suerte que se cree un cierto reflejo anormal y no otro cualquiera? Para muchos casos, nuestras observaciones responden así esta pregunta: también ese aligeramiento obedece al «principio de la mínima resistencia» y acontece por aquellas vías cuyas resistencias ya han sido rebajadas por circunstancias concurrentes. Aquí se inserta el caso, antes mencionado, de que un cierto reflejo ya esté facilitado por una enfermedad somática. Por ejemplo, si alguien suele padecer de algia cardial, y esta le es provocada también por el afecto. — O puede ocurrir que un reflejo sea facilitado porque en el momento del afecto originario fue intención voluntaria ejecutar la inervación muscular correspondiente a ese reflejo; así, Anna O., presa del afecto de terror, se afana por extender el brazo derecho, inmóvil a causa de la parálisis por presión, a fin de espantar la serpiente [pág. 62]; a partir de ahí, el *tetanus* del brazo derecho es provocado por la visión de todas las cosas que se parezcan a serpientes. O bien, presa de afecto, fuerza la convergencia de sus ojos para leer en el reloj [pág. 63], y entonces el *strabismus convergens* pasa a ser uno de los reflejos de este afecto, etc.

Ese es el efecto de la simultaneidad, que gobierna ya sobre nuestra asociación normal; cada percepción sensorial reevoca en la conciencia otra que originariamente se presentó al mismo tiempo que ella (el ejemplo que dan los manuales de la imagen visual de la oveja y su balido, etc.).

Por otra parte, si hubo una viva impresión sensorial simultánea al afecto originario, ella será reconvocada por el afecto renovado y ciertamente, puesto que se trata del aligeramiento de una excitación hipertrófica, no lo será como recuerdo, sino como alucinación. Casi todas nuestras observaciones ofrecen ejemplos de ello. Uno de estos es sin duda el de una señora que pasa por un afecto dolido mientras sufre un violento dolor de dientes a causa de una periostitis, y luego cada renovación de ese afecto, y aun su recuerdo, le convoca una neuralgia infraorbital [págs. 189-91]. Y así otros casos.

Esta es la facilitación de reflejos anormales según las leyes generales de la asociación. Pero, muchas veces (claro que sólo en grados más altos de histeria), entre el afecto y su reflejo se extienden verdaderas series de representaciones asociadas; es el *determinismo por simbolismo.* Son a menudo risibles juegos de palabras, asociaciones de sonido, que conectan el afecto y su reflejo; pero esto acontece sólo en estados oníricos con aminoramiento de la crí-

tica, y ya cae fuera del grupo de fenómenos que aquí consideramos.

En muchísimos casos, el determinismo no se llega a entender porque suelen ser en extremo incompletas nuestra visión del estado psíquico y nuestra noticia sobre las representaciones que eran actuales en el momento de la génesis del fenómeno histérico. Pero tenemos derecho a suponer que el proceso no ha de ser muy disímil del que hemos aclarado en casos más favorables.

Llamamos *traumas psíquicos* a las vivencias que desencadenaron el afecto originario, y cuya excitación fue convertida luego en un fenómeno somático; y designamos *síntomas histéricos de origen traumático* a los fenómenos patológicos así generados. (La designación de «histeria traumática» ya ha sido aplicada a fenómenos que, como consecuencias de lesiones corporales, traumas en el sentido estricto, constituyen una parte de la «neurosis traumática».)

En total analogía con la génesis de fenómenos histéricos de condicionamiento traumático se sitúa la conversión histérica de aquella excitación psíquica que no corresponde a estímulos externos, vale decir, no a la inhibición de reflejos psíquicos normales, sino a la inhibición del decurso de la asociación.

El ejemplo elemental y paradigma de esto último lo brinda la excitación que se genera porque un nombre no se nos ocurre, no podemos solucionar un enigma, etc. Si nos dicen el nombre, o la palabra del enigma, la excitación desaparece pues se cierra la cadena asociativa, tal y como ocurre con el cierre de una cadena de reflejos. La intensidad de la excitación que parte de la detención de una serie asociativa es proporcional al interés que ella tenga para nosotros, o sea, a la medida en que mueva a nuestra voluntad. Pero como a raíz de la busca de una solución para el problema, etc., se realiza siempre un trabajo grande, si bien infructuoso, la excitación, aunque sea intensa, encuentra su aplicación y no esfuerza al aligeramiento; por eso nunca se vuelve patógena.

Sin embargo, acontece esto último cuando el decurso de la asociación es inhibido por resultar *inconciliables* entre sí representaciones de igual valor. Por ejemplo, si pensamientos nuevos entran en conflicto con unos complejos de representación de sólida raigambre. De esa naturaleza es el penar de la duda religiosa, a la que tantos hombres sucumben y aún más sucumbieron en el pasado. Pero también en este caso la excitación y, con ella, el dolor psíquico, el sentimiento de displacer, crecen hasta una altura significa-

tiva sólo cuando entra en juego un interés voluntario del individuo: cuando el que duda se cree amenazado en su dicha, en la salvación de su alma. Ahora bien, esto ocurre cuando el conflicto se plantea entre los complejos firmes, inculcados, de las representaciones morales y el recuerdo de acciones propias o aun sólo de pensamientos que son inconciliables con aquellas: la *angustia de la conciencia moral.* El interés voluntario de regocijarse con la propia personalidad, de estar contento con ella, entra entonces en acción e incrementa al máximo la excitación de la inhibición asociativa. Que semejante conflicto entre representaciones inconciliables produzca efectos patógenos es cosa de experiencia cotidiana. Las más de las veces se trata de representaciones y procesos de la vida sexual: la masturbación en adolescentes de sensibilidad moral, la conciencia de la inclinación hacia un hombre extraño en señoras de severas costumbres. Y harto a menudo la primera emergencia de sensaciones y representaciones sexuales basta para crear un estado de elevada excitación en virtud del conflicto con la arraigada representación de la pureza ética.[14]

A ese estado suelen seguirle consecuencias psíquicas: desazón patológica, estados de angustia (Freud [1895*b*]). Pero, muchas veces, circunstancias concurrentes determinan un fenómeno somático anómalo en el que se aligera la excitación: vómitos, cuando el sentimiento de suciedad moral produce un sentimiento físico de asco; una *tussis nervosa,* como en el caso de Anna O. [pág. 67], cuando la angustia de la conciencia moral ha producido una contracción de la glotis, etc.[15]

La excitación producida por representaciones muy vívidas y por las inconciliables tiene una reacción normal, adecuada {*adäquat*}: la comunicación a través del decir. Hallamos el esfuerzo {*Drang*} hacia ello, con exageración

14 Véanse sobre este punto algunas interesantes observaciones y comentarios de Benedikt [1894, págs. 51 y sigs.].

15 En Mach (1875), hallo el siguiente pasaje, que merece ser citado aquí: «En los ya descritos experimentos (sobre vértigos) se demostró repetidas veces que un sentimiento de asco sobreviene principalmente cuando resultó difícil armonizar las sensaciones motrices con las impresiones ópticas. Pareció como si una parte del estímulo que surge del laberinto se viera constreñida a abandonar las vías ópticas, que tenía clausuradas en virtud de otro estímulo, y a encaminarse por otras vías enteramente diversas (...) También he observado en repetidas ocasiones un sentimiento de asco en experimentos donde se combinan imágenes estereoscópicas que presentan grandes diferencias». He ahí, lisa y llanamente, el esquema fisiológico para la génesis de fenómenos histéricos, patológicos, en virtud de la coexistencia de representaciones vívidas inconciliables.

cómica, en la historia del barbero de Midas, que dijo a voces su secreto en el cañaveral; lo hallamos en el confesionario católico como uno de los fundamentos de una grandiosa institución histórica. La comunicación alivia; aligera la tensión aunque no se dirija al sacerdote ni sea seguida por la absolución. Si la excitación tiene bloqueada esta salida, muchas veces se convierte en un fenómeno somático, tal como sucede con la excitación de afectos traumáticos, y entonces podemos designar, con Freud, *fenómenos de retención histérica* a todo el grupo de manifestaciones histéricas que tienen ese origen.[16]

Lo expuesto hasta aquí sobre el mecanismo de la génesis psíquica de fenómenos histéricos está sujeto al reproche de esquematizar y presentar el proceso más simple de lo que en realidad es. Para que en un hombre sano, originariamente no neuropático, se constituya un síntoma histérico genuino con su aparente independencia respecto de la psique, su existencia somática autónoma, *casi siempre se requiere la concurrencia de múltiples causas.*

Quizás el siguiente caso sirva para ejemplificar la complejidad de ese proceso: Un muchacho de 12 años, que había sufrido antes de *pavor nocturnus* y era hijo de un padre muy nervioso, cierto día llegó mal de la escuela. Se quejaba de dificultades en la deglución (apenas podía tragar) y dolores de cabeza. El médico de la familia supuso que la causa era una angina. Pero los días pasaban sin que su estado mejorase. El joven no quería comer, vomitaba cuando se lo constreñía a alimentarse, se arrastraba con aire lánguido y fatigado, quería estar a toda hora en cama, y se desmedró mucho en lo físico. Cuando lo vi, después de cinco semanas, impresionaba como un niño tímido, retraído, y yo adquirí el convencimiento de que su estado tenía fundamento psíquico. Esforzado mediante preguntas indicó una causa trivial, una severa reprimenda de su padre; evidentemente no era esa la base real de la contracción de su enfermedad. Tampoco de la escuela había nada que averiguar. Prometí obtener la comunicación más tarde, en la hipnosis. Pero no fue necesario. Cuando su perspicaz y enérgica madre lo regañó, empezó a contar en medio de un torrente de lágrimas: En aquella oportunidad regresaba de la

[16] [La expresión «histeria de retención» fue usada por primera vez por Freud en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *AE*, **3**, pág. 49. Se la menciona *supra*, págs. 175 y 184, y es examinada con más detenimiento *infra*, págs. 291-2, donde Freud parece atribuirla conjuntamente a Breuer y a él, y donde, dicho sea de paso, pone en duda la importancia del concepto.]

escuela a casa y entró en un baño público; un hombre le ofreció el pene con el reclamo de que lo tomara en la boca. Salió corriendo despavorido, y nada más le ocurrió. Pero desde ese mismo instante había enfermado. Y a partir del momento de la confesión su estado dejó sitio a la salud plena. — Para producir el fenómeno de la anorexia, la dificultad para deglutir, el vómito, hicieron falta aquí varios factores: la naturaleza nerviosa innata, el terror, la irrupción de lo sexual en su forma más brutal en el ánimo del niño y, como factor determinante {*determinieren*}, la representación del asco. Esta enfermedad debió su duración al hecho de que él callara, lo cual denegó a la excitación su descarga normal.

Como en este, en todos los casos es preciso que cooperen varios factores para que en una persona hasta ese momento sana se forme un síntoma histérico; este último, según la expresión de Freud, es siempre «*sobredeterminado*».[17]

Puede considerarse también una *sobredeterminación* de esa índole el hecho de que el mismo afecto sea convocado por varias, repetidas ocasiones. El enfermo y quienes lo rodean refieren el síntoma histérico sólo a la última ocasión, que, empero, las más de las veces sólo ha traído a la luz lo que ya otros traumas habían operado casi por completo.

Una joven de diecisiete años [18] tuvo su primer ataque histérico, al que siguieron una serie de otros, cierta vez que en la oscuridad un gato le saltó sobre la espalda. Parecía el simple efecto del terror. Una exploración más precisa demostró, empero, que esta muchacha, tan llamativamente bella como mal resguardada, había sido objeto en los últimos tiempos de múltiples asedios, más o menos brutales, y que la habían hecho entrar a ella misma en excitación sexual. (Predisposición.) En aquella misma oscura escalera había sido asaltada, unos días antes, por un joven de quien a duras penas pudo desprenderse. Este era el ge-

[17] [Aparentemente, es esta la primera vez que apareció en una obra impresa el término «*überdeterminiert*», que Freud emplea más adelante en esta obra, pág. 270. En pág. 295 recurre a la voz alemana, de significado análogo, «*überbestimmt*» {«de comando múltiple»}, que ya había aparecido en su monografía sobre la afasia (1891*b*, pág. 76), en un pasaje sobre el aprendizaje del habla que ha sido incluido en la *Standard Edition* como apéndice a «Lo inconciente» (1915*e*); cf. *AE*, **14**, pág. 208. Es improbable, agreguemos, que la idea de causación múltiple no haya sido nunca expresada antes por otros autores en términos similares.]

[18] Debo agradecer al asistente Paul Karplus la mención del presente caso.

nuino trauma psíquico, cuyo efecto no hizo sino volverse manifiesto a través del gato. Pero, ¿en cuántos casos no se considerará a un gato así la *causa efficiens* suficiente y completa?

Para el caso considerado, en que la conversión se abre paso y se impone en virtud de la repetición del afecto, no siempre hacen falta una multitud de ocasiones exteriores; a menudo basta con que el afecto se renueve en el recuerdo, siempre que este último sobrevenga poco después del trauma, o sea, antes que el afecto se haya debilitado, en una repetición rápida y acumulada. Esto basta si el afecto fue muy potente; ocurre así en las histerias traumáticas en el sentido estricto de esta expresión. En los días subsiguientes a un accidente de ferrocarril, por ejemplo, se revivirán las escenas terroríficas mientras se duerme y en la vigilia, siempre con renovación del afecto de terror, hasta que al fin, pasado ese período de «elaboración psíquica» (Charcot) [cf. pág. 149] o de *incubación*, se produzca la conversión * en un fenómeno somático. (En verdad, aquí coopera además un factor al que luego nos referiremos.)

Pero por lo común la representación afectiva sucumbe pronto al desgaste, a todos los influjos mencionados en nuestra «Comunicación preliminar» (págs. 34-5), que le arrebatan más y más su valor de afecto.[19] Su reemergencia condiciona una medida cada vez menor de excitación, y así el recuerdo pierde la aptitud de contribuir a la producción de un fenómeno somático. Desaparece entonces la facilitación del reflejo anormal, y de esta manera se restablece el *statu quo ante*.

Ahora bien, todos los influjos desgastadores son unas operaciones de la asociación, del pensar, una rectificación por otras representaciones. Ello se vuelve imposible cuando la representación afectiva se sustrae del «comercio asociativo»; en tal caso, ella conserva su total valor de afecto. Puesto que a raíz de cada renovación se libera siempre la suma total de excitación del afecto originario, la facilitación de un reflejo anormal, en aquel momento esbozada, termina de consumarse, o bien la entonces producida se

* {Aquí el original no dice «*Konversion*» sino «*Konvertierung*», sustantivo derivado del verbo «*Konvertieren*», «convertir» en sentido comercial (valores, monedas).}

19 [«*Affektwert*», término equivalente a «*Affektbetrag*» {«monto de afecto»} (cf. págs. 180 y 234), como lo muestra un pasaje del trabajo de Freud en francés sobre las parálisis orgánicas e histéricas (1893*c*), *AE*, **1**, pág. 209; allí emplea la expresión «*valeur affective*» y agrega entre paréntesis «*Affektbetrag*».]

conserva y estabiliza. El fenómeno de la conversión histérica queda así establecido de una manera completa y permanente.

Por nuestras observaciones hemos llegado a conocer dos formas de excluir así de la asociación unas representaciones afectivas.

La primera es la «*defensa*» {«*Abwehr*»} [cf. pág. 36*n*.], la sofocación voluntaria de representaciones penosas por las cuales el ser humano se siente amenazado en su alegría de vivir o en su respeto hacia sí mismo. En su primera comunicación sobre «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), así como en sus historiales clínicos del presente volumen, Freud se ha explayado sobre este proceso, que posee ciertamente una elevada significación patológica.

No se entiende bien cómo una representación puede ser reprimida {desalojada} voluntariamente de la conciencia; sin embargo, tenemos noticia del proceso positivo que le corresponde: el de la atención que se concentra sobre una representación; lo conocemos con exactitud, pero tampoco podemos decir cómo lo consumamos.

Ahora bien: unas representaciones de que la conciencia se extraña {*abwenden*}, sobre las que no se piensa, permanecen también sustraídas del desgaste y conservan intacto su monto de afecto.

Hemos hallado, además, que otra variedad de representaciones permanece a salvo del desgaste por el pensar, no porque uno no *quiera* recordarlas, sino porque no *puede*; a saber: porque originariamente surgieron y fueron investidas {*belehnen*} de afecto dentro de unos estados, hipnóticos o semejantes a la hipnosis, para los cuales en la conciencia despierta subsiste amnesia. Estos estados parecen poseer la mayor significatividad para la doctrina de la histeria, razón por la cual merecen que se los considere con algún detalle.[20]

[20] Cuando aquí y en lo que sigue se habla de representaciones que son actuales, eficientes, pero inconcientes, sólo rara vez se trata de representaciones singulares (como fue el caso de la gran serpiente alucinada por Anna O., que desencadenó la contractura); casi siempre se trata de complejos de representaciones, de conexiones, de recuerdos de procesos exteriores y de ilaciones de pensamiento propias. Llegado el caso, las representaciones singulares contenidas en tales complejos son pensadas todas concientemente. Sólo la particular combinación entre ellas es desterrada de la conciencia.

4. Estados hipnoides

Cuando en nuestra «Comunicación preliminar» [pág. 38] enunciamos la tesis: «Base y condición de la histeria es la existencia de estados hipnoides», pasábamos por alto que Moebius en 1890 ya había dicho exactamente lo mismo: «La premisa del efecto (patológico) de las representaciones es, por un lado, una disposición innata, a saber, la histérica, y, por el otro, un particular estado del ánimo. De este último sólo es posible formarse una representación oscura. Tiene que ser semejante al estado hipnótico; es preciso que corresponda a un cierto vacío de la conciencia en que a una representación emergente no se le contrapone resistencia alguna de las otras y, por así decir, el trono es del primero que llega. Sabemos que un estado así puede ser producido no sólo por hipnotización, sino por una conmoción del ánimo (terror, cólera, etc.) y por influjos que provoquen agotamiento (insomnio, hambre, etc.)».[21]

El problema para el que Moebius ensayaba dar con esto una primera solución aproximativa es el de la génesis de fenómenos somáticos en virtud de unas representaciones. Moebius recuerda cuán fácilmente se produce esa génesis en la hipnosis, y considera que la consecuencia de los afectos es análoga. Nuestra opinión, divergente en alguna medida, acerca de esa consecuencia ya ha sido expuesta en detalle [págs. 212 y sigs.]. Por eso no necesito entrar a considerar aquí puntos cuestionables, como la suposición de Moebius de que en la cólera se produce un «vacío de la conciencia» [22] (que sin duda existe en el terror y en la angustia prolongada), o, en general, lo difícil que resulta establecer una analogía entre el estado de excitación del afecto y el reposo de la hipnosis. Pero luego volveremos [pág. 230] sobre las tesis de Moebius, que, en mi opinión, contienen una importante verdad.

Para nosotros, la importancia de esos estados semejantes a la hipnosis, «hipnoides», reside, además y sobre todo, en la amnesia y su aptitud para condicionar la escisión de la psique —ya nos ocuparemos de esto—, que es fundamental para la «gran histeria». Seguimos atribuyéndole esa importancia. Empero, debemos imponer a nuestra tesis una restricción sustancial. La conversión, la génesis ideógena de

[21] Moebius, 1894*a*, pág. 17.

[22] Puede que con esta designación Moebius no entienda sino la inhibición del decurso de las representaciones, inhibición que se produce, sí, en el caso del afecto, aunque por causas enteramente diversas de las que operan en la hipnosis.

fenómenos somáticos, se consuma también fuera de los estados hipnoides; además, para la formación de complejos de representaciones excluidos del comercio asociativo, Freud ha descubierto en la amnesia voluntaria una segunda fuente, independiente de los estados hipnoides. Pero a pesar de tal restricción, yo sigo opinando que estos últimos son causa y condición de muchas histerias, y de las grandes y complejas en la mayoría de los casos. Entre los estados hipnoides se cuentan, desde luego, sobre todo las autohipnosis reales, que sólo se distinguen de las artificiales por su génesis espontánea. En muchas histerias bien desarrolladas, los hallamos con una frecuencia y duración variables, a menudo en rapidísima alternancia con el estado de la vigilia normal. (Cf. los historiales de Anna O. y de Emmy von N.) Es posible que muchas veces merezcan, en virtud de su contenido onírico de representación, el nombre de «*delirium hystericum*». En la vigilia, para los procesos internos de estos estados persiste una amnesia más o menos completa, mientras que en la hipnosis artificial son recordados enteramente. Los resultados psíquicos de estos estados, las asociaciones formadas en ellos, están sustraídos de toda rectificación en el pensar despierto, justamente en virtud de la amnesia. Y como en la autohipnosis la crítica y el control por otras representaciones se encuentran rebajados, y las más de las veces desaparecen casi por completo, pueden nacer allí las formaciones delirantes más desatinadas, y conservarse intactas por largo tiempo. Así se genera un «vínculo simbólico entre el ocasionamiento y el fenómeno patológico» [pág. 31], vínculo algo más complejo y desacorde con la *ratio*, que descansa a menudo en las más risibles semejanzas fónicas y asociaciones de palabras; ello ocurre casi exclusivamente en tales estados. La ausencia de crítica en ellos condiciona que con tanta frecuencia les nazcan autosugestiones, por ejemplo cuando tras un ataque histérico queda como secuela una parálisis. Sin embargo, quizá por azar, en nuestros análisis nunca encontramos este modo de génesis de un fenómeno histérico. Lo hemos hallado siempre condicionado, aun en la autohipnosis, por el mismo proceso que ocurre fuera de ella: la conversión de una excitación afectiva.

De cualquier manera, esta «conversión histérica» se consuma en la autohipnosis con mayor facilidad que en la vigilia, tal como las representaciones sugestivas se realizan corporalmente en calidad de alucinaciones y movimientos con tanta más facilidad en la hipnosis artificial. Empero, en su esencia se encuentra, como antes se expuso, el proceso de la

conversión de excitación. Una vez que se ha producido, el fenómeno somático se repite toda vez que afecto y autohipnosis vuelven a encontrarse. Y parece que el estado hipnótico es producido luego por el afecto mismo. Así, al comienzo, mientras la hipnosis alterna puramente con la vigilia plena, el síntoma histérico se circunscribe al estado hipnótico y es reforzado por la repetición dentro de este; pero la representación ocasionadora permanece a salvo de una eventual rectificación por obra del pensamiento conciente y de su crítica, porque ella misma nunca se presenta en la vigilia lúcida.

En el caso de Anna O., la contractura del brazo derecho, que en la autohipnosis se había asociado con el afecto de angustia y la representación de la serpiente, se limitó durante cuatro meses a los momentos del estado hipnótico (o hipnoide, si se hallara inadecuado aquel nombre para unas ausencias de duración muy breve), pero se repetía a menudo. Esto mismo ocurrió con otras conversiones consumadas en el estado hipnoide, y así, en total latencia, se formó aquel gran complejo de fenómenos histéricos que salió a la luz cuando el estado hipnoide se volvió permanente. [Cf. págs. 65-6.]

Los fenómenos así generados sólo ingresan en la vigilia lúcida cuando la escisión de la psique, de que luego hablaremos, se ha producido y la alternancia entre estado de vigilia e hipnoide ha sido remplazada por la coexistencia de los complejos de representación normal e hipnoide.

¿Existen esos estados hipnoides ya antes de la contracción de la enfermedad? ¿Y cómo se producen? Poco sé sobre esto, pues además del caso de Anna O. no disponemos de ninguna otra observación que pudiera informárnoslo. En esta enferma parece seguro que la autohipnosis fue preparada por una ensoñación habitual y que luego fue totalmente establecida por un afecto de angustia prolongado, a su vez base de un estado hipnoide. No parece improbable que ese proceso tenga una validez más general.

Son muy diversos los estados que condicionan la «ausencia mental», pero sólo algunos predisponen a la autohipnosis o pasan directamente a ella. El investigador abstraído en su problema es sin duda anestésico hasta cierto grado, y de grandes grupos de sensaciones no forma percepción alguna; lo mismo la persona que fantasea con vivacidad («teatro privado» de Anna O. [pág. 47]). Pero en esos estados se efectúa un enérgico trabajo psíquico, y en él se gasta la excitación liberada del sistema nervioso. — En cambio, en la dispersión o el aletargamiento la excitación intracerebral desciende bajo el nivel de la conciencia lú-

cida; esos estados lindan con el adormilamiento y pasan hacia el dormir. Ahora bien, si en uno de esos estados en que uno queda «absorto», y con decurso inhibido de la representación, posee vivacidad un grupo de representaciones de tinte afectivo, se crea un alto nivel de excitación intracerebral, que no es gastada por un trabajo psíquico; así queda disponible para operaciones anómalas, para la conversión.

Así, ni la «ausencia mental» acompañada de un trabajo enérgico ni el estado crepuscular sin afectos son patógenos; sí, en cambio, la ensoñación rebosante de afecto y el estado de fatiga provocado por afectos prolongados. El ensimismamiento del cuitado, la angustia del que vela ante el lecho de enfermo de un ser querido, la ensoñación enamorada, son estados de esta índole. El concentrarse en el grupo de representaciones afectivas condiciona primero la «ausencia»; poco a poco el decurso de la representación se retarda, hasta casi estancarse al final; pero la representación afectiva, y su afecto, permanecen vivos, y con ellos también la gran cantidad de excitación no gastada funcionalmente. Parece inequívoca la semejanza de estas constelaciones con las condiciones imperantes en la hipnosis. Tampoco el que es hipnotizado puede dormirse efectivamente, vale decir, no puede hacerse descender su energía intracerebral al nivel del dormir; pero sí es preciso que se inhiba el decurso de la representación. Entonces toda la masa de excitación queda disponible para la representación sugerida.

Así, la autohipnosis patógena acaso nazca en muchas personas al ingresar el afecto en la ensoñación habitual. Quizá sea una de las razones por las cuales en las anamnesis de la histeria tropezamos tan a menudo con estos dos poderosos factores patógenos: el enamoramiento y el cuidado de enfermos. El primero, con su pensar añorante en ausencia del amado, crea el «arrobamiento», el esfumarse de la realidad circundante y luego el silencio, henchido de afectos, del pensar; en cuanto al cuidado de enfermos, la quietud exterior, la concentración sobre un objeto, la escucha de la respiración del enfermo, producen exactamente las mismas condiciones que muchos métodos de hipnotización y llenan el estado crepuscular así generado con el afecto de la angustia. Tal vez estos estados sólo se distingan cuantitativamente de autohipnosis reales y pasen hacia ellas.

Una vez que esto ha acontecido, el estado semejante a la hipnosis se repite siempre en virtud de iguales circunstancias, y así el individuo tiene, en lugar de los dos estados anímicos normales, tres: vigilia, dormir y estado hipnoide, co-

mo lo observamos también a raíz de una repetición muy frecuente de la hipnosis artificial profunda.

No sé decir si los estados hipnóticos espontáneos pueden desarrollarse también sin esa injerencia del afecto, como resultado de una disposición originaria; sin embargo, lo considero muy probable. Cuando vemos lo variable que es la aptitud para la hipnosis artificial en las personas sanas y enfermas, y la facilidad con que se produce en muchas, nos inclinamos a conjeturar que en estas últimas ocurre también de manera espontánea. Y quizá la disposición a ello sea necesaria para que la ensoñación se mude en autohipnosis. Muy lejos estoy, pues, de presuponer en todos los histéricos el mecanismo genérico de que nos hemos anoticiado en el caso de Anna O.

Hablo de estados hipnoides, y no de hipnosis como tal, porque ellos, tan importantes en el desarrollo de la histeria, se encuentran muy mal deslindados. No sabemos si la ensoñación, a la que antes calificamos de estadio previo de la autohipnosis, sería capaz de consumar la misma operación patógena que esta, ni si podría hacer lo propio un afecto prolongado de angustia. Del terror, sí lo sabemos con seguridad. Puesto que inhibe el decurso de la representación, a la vez que permanece muy vívida una representación afectiva (el peligro), guarda completo paralelismo con la ensoñación henchida de afecto; y como el recuerdo siempre renovado vuelve a producir ese estado de alma, genera un «[estado] hipnoide de terror» en el que la conversión se abre paso o se estabiliza; es el estadio de incubación de la «histeria traumática» *stricto sensu.*

Dado que estados tan diversos, pero concordantes en el punto esencial, se sitúan en una misma serie con la autohipnosis, es recomendable la expresión «*hipnoide*», que destaca esa semejanza interna. Resume la concepción que Moebius ha sustentado en sus ya citadas tesis [pág. 226], pero sobre todo designa a la autohipnosis misma, cuya importancia para la génesis de fenómenos histéricos descansa en facilitar la conversión, en proteger del desgaste (mediante la amnesia) a las representaciones convertidas, así como en la escisión psíquica que en definitiva se establece.

Ahora bien, si un síntoma corporal es causado por una representación y desencadenado siempre por esta, cabría esperar que enfermos inteligentes y capaces de hacer observación de sí fueran concientes de tal nexo: supieran, por su experiencia, que el fenómeno somático adviene al

mismo tiempo que el recuerdo de un proceso determinado. Es claro que ignorarán el nexo causal, pero también todos nosotros sabemos siempre qué representación nos hace llorar o reír o sonrojarnos, aunque no conozcamos ni de lejos el *mecanismo nervioso* de estos *fenómenos ideógenos*. — Pues bien: es cierto que muchas veces los enfermos realmente observan esa trabazón y son concientes de ella. Por ejemplo, una señora dice que su ataque histérico leve (temblores y palpitaciones) proviene de una gran emoción y se repite sólo a raíz de hechos que la recuerdan. Pero ello no ocurre en muy numerosos síntomas histéricos, por cierto en la mayoría. Aun enfermos inteligentes no saben que obedecen a una representación, y los tienen por fenómenos corporales autónomos. Si no fuera así, la teoría psíquica de la histeria ya tendría por fuerza una respetable antigüedad.

Todo esto nos lleva a creer que los síntomas patológicos en cuestión son en su origen de génesis ideógena; ahora bien, la repetición, para usar una expresión de Romberg [1840, pág. 192], los ha «infundido» en el cuerpo y ya no descansan sobre un proceso psíquico, sino sobre las alteraciones del sistema nervioso generadas entretanto; de este modo habrían devenido síntomas autónomos, genuinamente somáticos.

En un primer abordaje esta visión no es imposible ni improbable. Pero, yo creo, lo nuevo que nuestras observaciones aportan para la doctrina de la histeria reside justamente en la prueba de su desacierto —al menos en muchísimos casos—. Vimos que los más diferentes síntomas histéricos, tras una permanencia de años, «desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto» [pág. 32].

Los historiales clínicos aquí referidos ofrecen algunas pruebas para esa afirmación. «Por inversión del apotegma "*cessante causa cessat effectus*", tenemos derecho a concluir de estas observaciones que el proceso ocasionador produce efectos de algún modo durante años todavía, no indirectamente por mediación de una cadena de eslabones causales intermedios, sino de manera inmediata como causa desencadenante, al modo en que un dolor psíquico recordado en la conciencia despierta suscita en un momento posterior la secreción lacrimal: el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias» [pág. 33].

Pero si este es el caso, si el recuerdo del trauma psíquico, al modo de un cuerpo extraño, tiene que ser considerado como *agens* eficaz y presente largo tiempo después que aquel sobrevino, y a pesar de ello el enfermo no posee conciencia alguna de esos recuerdos ni de su emergencia, debemos admitir que unas *representaciones inconcientes* existen y son eficaces.

Ahora bien, no es que las hallemos aquí y allí en el análisis de los fenómenos histéricos: tenemos que admitir que real y efectivamente, como lo han demostrado los meritorios investigadores franceses, grandes complejos de representaciones y procesos psíquicos enmarañados, de serias consecuencias, en muchos enfermos permanecen por completo inconcientes, y coexisten con la vida psíquica conciente; y además, que sobreviene una escisión de la actividad psíquica y ella tiene fundamental importancia para entender histerias complicadas.

Permítasenos entrar un poco en este difícil y oscuro ámbito; la necesidad de establecer el sentido de las expresiones empleadas puede disculpar en alguna medida la exposición teorizante.

5. Representaciones inconcientes e insusceptibles de conciencia. Escisión de la psique

Llamamos concientes a las representaciones de las cuales poseemos saber. En el ser humano se presenta el hecho asombroso de la autoconciencia; podemos considerar como objetos y observar representaciones que emergen en nosotros y se siguen unas a otras. Esto no siempre acontece, pues son raras las ocasiones para la observación de sí. Sin embargo, es una capacidad peculiar de todos los hombres; cada quien dice: «He pensado esto y esto». Llamamos, entonces, concientes a las representaciones que observamos vivas en nosotros o que habríamos podido observar de habernos fijado en ellas. En cada momento del tiempo son poquísimas; y si, además de estas, resultara que hay otras actuales, nos veríamos precisados a llamarlas representaciones *inconcientes*.

Apenas si parece necesario argumentar en favor de la existencia de representaciones actuales pero inconcientes o subconcientes [cf. pág. 68*n.*]. Son hechos de la vida cotidiana. Cuando yo me olvido de hacer una visita médica siento viva inquietud. Sé por experiencia qué significa esa

sensación: un olvido. En vano recorro mis recuerdos; no hallo la causa, hasta que horas después entra de repente en mi conciencia. Pero durante todo ese tiempo yo estoy intranquilo. Por tanto, la representación de esa visita conservó eficacia, estuvo siempre presente, mas no en la conciencia. — Un hombre muy activo ha tenido por la mañana un disgusto. Luego su oficio lo reclama totalmente; durante la actividad, su pensar conciente está por completo ocupado, y él no piensa en su enojo. Pero sus decisiones son influidas por este, y él tal vez diga «No» en casos en que de ordinario diría «Sí». Por tanto, el recuerdo ha permanecido eficaz y, en consecuencia, estaba presente. Buena parte de lo que llamamos «talante» proviene de esa misma fuente: unas representaciones que existen y producen efectos por debajo del umbral de la conciencia. — Y aun nuestra íntegra conducta en la vida es influida por tales representaciones inconcientes. Es de experiencia cotidiana ver cómo en casos de decadencia mental, por ejemplo al comienzo de una parálisis, se vuelven más débiles y desaparecen las inhibiciones que suelen estorbar a muchas acciones. Pero el paralítico, que ahora dice pullas indecentes en presencia de señoras, en sus días sanos no era disuadido de ello por recuerdo conciente ni por reflexión. Lo evitaba de manera «instintiva» y «automática», esto es, lo disuadían de ello unas representaciones que el impulso a realizar esa acción despertaba; ellas permanecían por debajo del umbral de conciencia y, no obstante, inhibían aquel impulso. — Toda actividad intuitiva es guiada por representaciones que en buena parte permanecen subconcientes. Es que sólo las representaciones más luminosas e intensas son percibidas por la autoconciencia, mientras que la gran masa de representaciones actuales, pero más débiles, permanece inconciente.

Lo que suele objetarse a la existencia y eficacia de «representaciones inconcientes» parecen ser en buena parte chicanas sobre meras palabras. Es cierto que «representación» proviene de la terminología del pensar conciente, y por eso «representación inconciente» forma una expresión contradictoria. Pero el proceso físico que está en la base de la representación es el mismo en su contenido y en lo formal (si bien no cuantitativamente), ya sea que la representación pase el umbral de la conciencia o permanezca debajo de él. Bastaría construir una frase como «sustrato de representación» para evitar la contradicción y escapar de aquel reproche.

No parece haber entonces ningún impedimento de prin-

cipio para admitir unas representaciones inconcientes entre las causas de fenómenos patológicos. Pero de una consideración más atenta de este asunto surgen otras dificultades. En el caso ordinario, cuando la intensidad de una representación inconciente crece, *eo ipso* entra ella en la conciencia. Sólo permanece inconciente dada una intensidad menor. Ahora bien, no resulta fácil inteligir cómo una representación podría tener la intensidad suficiente para provocar una acción motriz vivaz, por ejemplo, y al mismo tiempo no poseerla en medida suficiente para devenir conciente.

Ya he mencionado [págs. 216-7] una opinión que quizá no debiera desecharse sin más. La luminosidad de nuestras representaciones, y con ella su capacidad para ser observadas por la autoconciencia, para ser concientes, está condicionada también por el sentimiento de placer o de displacer que ellas despiertan, por su valor de afecto.[23] Si una representación desencadena automáticamente una viva consecuencia somática, por esta vía se drena la excitación que en otro caso, partiendo de aquella, se habría difundido por el encéfalo; y justamente *porque* ella tiene consecuencias corporales, porque ha sobrevenido una *conversión* de su magnitud psíquica de estímulo en una magnitud somática, ella pierde la luminosidad que de otro modo la habría singularizado dentro de la corriente de las representaciones: se pierde entre las otras.

Por ejemplo, alguien mientras comía tuvo un afecto violento y no lo «abreaccionó». Luego, al intento de comer sobrevienen un atragantamiento y unos vómitos que al enfermo le aparecen como un síntoma puramente corporal. Por largo tiempo perdura un vómito histérico, que desaparece después que en la hipnosis el afecto es renovado, relatado, y se reaccionó frente a él. Es indudable que todas las veces el intento de comer evocaba aquel recuerdo, desencadenante del acto de vomitar. Pero ese recuerdo no entra con claridad en la conciencia porque ahora carece de afecto, en tanto que el vomitar absorbe toda la atención.

Es imaginable que muchas representaciones desencadenantes de fenómenos histéricos no se disciernan, por la razón antedicha, como causa de estos. Pero, en otros casos, es imposible que ello se deba a esa razón, o sea, la inad-

[23] [Breuer parece usar aquí el término «afecto» en un sentido inusual en el presente volumen (aunque a veces es empleado así por otros psicólogos), para indicar específicamente sentimientos de placer o displacer. La misma expresión, «*Affektwert*», es utilizada por él *supra* (pág. 224) en la acepción corriente del afecto como emoción o sentimiento no especificado.]

vertencia de unas representaciones que han perdido el afecto tras ser convertidas. Nos referimos a los casos en que no ingresan a la conciencia unos complejos de representación que, empero, en modo alguno carecen de afecto; en nuestros historiales clínicos se han aportado múltiples ejemplos de esto.

En tales enfermos la regla es que la alteración del talante, la condición angustiada, la quisquillosidad colérica, el duelo, precedan a la emergencia del síntoma somático o le sigan tras muy breve lapso, y crezcan luego hasta que una «declaración» los solucione, o bien afecto y fenómenos somáticos vuelvan a desaparecer poco a poco. Cuando acontece lo primero, la cualidad del afecto es bien comprensible siempre, aunque su intensidad no pueda menos que parecer desproporcionada, a la persona sana y aun al enfermo, tras la solución. Por tanto, se trata de representaciones que poseen la intensidad suficiente no sólo para causar potentes fenómenos corporales, sino también para provocar el afecto correspondiente, para influir sobre la asociación (privilegiando pensamientos emparentados), no obstante lo cual ellas mismas permanecen fuera de la conciencia. A fin de llevarlas a la conciencia hace falta la hipnosis (como en los historiales 1 y 2) o un intenso auxilio del médico (historiales 4 y 5), con trabajosa busca.

A estas representaciones que son (actuales pero) inconcientes, no por causa de una vividez relativamente débil, sino a pesar de su gran intensidad, podemos llamarlas *insusceptibles de conciencia.*[24]

La existencia de estas representaciones insusceptibles de conciencia es patológica. En la persona sana, toda representación que pueda devenir actual ingresa también en la conciencia si tiene intensidad suficiente. En nuestros enfermos hallamos, junto al complejo, más grande, de representaciones susceptibles de conciencia, otro menor, de estas, insusceptibles. El campo de la actividad psíquica representadora no coincide, pues, en ellos con el de la conciencia potencial; este es más limitado que aquel. La actividad psíquica representadora se les descompone en conciente e inconciente, y las representaciones, en susceptibles e insusceptibles de conciencia. No podemos, entonces, hablar de una escisión de la conciencia, pero sí de una *escisión de la psique.*

[24] En verdad, la expresión «*bewusstseinsunfähig*» {«susceptible de conciencia»} no es unívoca y deja mucho que desear; pero, construida por analogía con «*hoffähig*» {«admisible en la Corte», «que tiene acceso a la Corte»}, se la puede usar entretanto, a falta de una mejor.

En el sentido inverso, el pensar conciente no puede influir sobre estas representaciones subconcientes, ni rectificarlas. Muchas veces se trata de vivencias que han perdido desde entonces su contenido: miedo a sucesos que no ocurrieron, un terror que se resolvió en risas o júbilo tras la salvación. Tales desenlaces quitan toda afectividad al recuerdo para el pensar conciente; pero dejan enteramente intacta a la representación subconciente, la cual provoca fenómenos somáticos.

Permítasenos traer otro ejemplo: Una joven señora tuvo durante algún tiempo viva preocupación por el destino de su hermana, menor que ella. Bajo esta impresión, se le prolongó durante dos semanas el período, que solía tenerlo regular; le apareció una sensación dolorosa en el hipogastrio izquierdo, y por dos veces la paciente, saliendo de un «desmayo», se halló tiesa sobre el piso. A ello siguió una neuralgia ovárica del lado izquierdo, con manifestaciones de una peritonitis grave. Pero la falta de fiebre, la contractura de la pierna izquierda (y de la espalda), caracterizaron la enfermedad como seudoperitonitis; cuando años después la paciente falleció y se le hizo la autopsia, sólo se halló «degeneración microcística» en *ambos* ovarios, sin huella alguna de que hubiera pasado por una peritonitis. Las manifestaciones graves desaparecieron poco a poco, dejando como secuela la neuralgia ovárica, la contractura de los músculos de la espalda, de suerte que el tronco lo tenía tieso como un palo, y la contractura de la pierna izquierda. Esto último se eliminó en la hipnosis mediante sugestión directa. Pero no se pudo influir sobre la contractura de la espalda. Entretanto, el asunto de la hermana se había ordenado por completo y desaparecido todo temor. No obstante, los fenómenos histéricos, que tenían que haberse derivado de ahí, persistieron inmutables. Pareció natural conjeturar que eran unas alteraciones de la inervación que habían cobrado autonomía, y ya no estaban ligadas a la representación ocasionadora. Pero cuando en la hipnosis la paciente fue compelida a contar toda la historia hasta que contrajo su «peritonitis» (lo cual hizo de muy mala gana), inmediatamente después de hacerlo se incorporó en el lecho y la contractura de la espalda desapareció para siempre. (La neuralgia ovárica, cuyo origen primero era sin duda más antiguo, permaneció incólume.) Así, durante meses la representación angustiada patógena había persistido viva y eficaz, completamente inasequible a cualquier rectificación por obra de los acontecimientos.

Ahora bien, si debemos reconocer la existencia de com-

plejos de representación que nunca ingresan en la conciencia de vigilia y sobre los cuales el pensar conciente no influye, con ello ya debemos admitir, aun para una histeria tan simple como la recién descrita, la escisión de la psique en dos partes relativamente independientes. No afirmo que todo cuanto es llamado histérico tenga por base y condición semejante escisión de la psique, pero sí que «aquella escisión de la actividad psíquica, tan llamativa en los casos consabidos de *double conscience*, existe de manera rudimentaria en toda "gran" histeria; y la aptitud e inclinación para esa disociación es el fenómeno fundamental de esta neurosis».[25]

Pero antes de entrar en el examen de estos fenómenos, debo agregar una puntualización con referencia a las representaciones inconcientes que ocasionan manifestaciones somáticas. Como la contractura del caso recién mencionado, muchos de los fenómenos histéricos son de larga y continua duración. ¿Debemos y podemos admitir que durante todo ese tiempo la representación ocasionadora permanezca siempre viva, y de presencia actual? Yo creo que sí. Es cierto que en las personas sanas vemos que su actividad psíquica se consuma con rápidos cambios de vía de las representaciones. Sin embargo, vemos al enfermo de melancolía grave abismado durante largo tiempo y de manera continua en la misma representación penosa, que permanece siempre viva, actual. Y aun tenemos derecho a suponer que también en la persona sana una preocupación grave está siempre presente, pues ella le gobierna la expresión del rostro, aunque su conciencia se llene de otros pensamientos. Y aquella parte escindida de la actividad psíquica que en el histérico suponemos llena por las representaciones inconcientes está, las más de las veces, tan pobremente investida por ellas, y es tan inasequible al cambio de vía de las impresiones exteriores, que podemos creer en la posibilidad de que aquí una representación mantenga vividez duradera.

Si, como a Binet y Janet, la escisión de una parte de la actividad psíquica nos parece situada en el centro de la histeria, estamos obligados a buscar sobre este fenómeno toda la claridad posible. Con gran facilidad se cae en el hábito de pensamiento de suponer tras un sustantivo una sustancia, de

[25] [Este pasaje, que en el original se halla entre comillas pero sin referencia de página, es una versión levemente distinta de una oración que en la «Comunicación preliminar», *supra*, pág. 37, aparece en bastardillas.]

ir comprendiendo poco a poco «conciencia», «*conscience*»,* como si tras ese término hubiera una cosa. Y cuando uno se ha acostumbrado a usar por vía metafórica referencias localizadoras como «subconciencia», con el tiempo se constituye en efecto una representación en que la metáfora es olvidada, y uno la manipula como si se tratara de una representación objetiva. Entonces queda hecha la mitología.

En todo nuestro pensar se nos imponen, como acompañantes y auxiliadoras, unas representaciones espaciales, y hablamos con metáforas espaciales. Por ejemplo, cuando nos referimos a las representaciones que se encuentran en el ámbito de la conciencia luminosa, y a las inconcientes, que nunca ingresan en la claridad de la autoconciencia, es casi fatal que nos acudan las imágenes del árbol, con su tronco que se eleva en la luz y sus raíces sumergidas en lo oscuro, o del edificio y sus tenebrosos sótanos. Pero si tenemos siempre presente que todo lo espacial es aquí metáfora, y no nos dejamos llevar a localizarlo en el encéfalo, por ejemplo, podemos seguir hablando, a pesar de lo dicho, de una conciencia y una subconciencia. Pero sólo con esa reserva.

Estaremos a salvo del peligro de dejarnos engañar por nuestras propias figuras de lenguaje si recordamos siempre que es, por cierto, el mismo encéfalo, y con alta probabilidad la misma corteza cerebral, el lugar donde se generan las representaciones tanto concientes como inconcientes.[26] No sabemos decir cómo es ello posible. Pero nuestro conocimiento sobre la actividad psíquica de la corteza cerebral es tan escaso que una nueva complicación enigmática apenas si significa un aumento de nuestra infinita ignorancia. Nos vemos precisados a reconocer el hecho de que en los histéricos una parte de la actividad psíquica permanece inasequible a su percepción por la autoconciencia de la persona despierta y, así, está escindida de la psique.

Un caso consabido de esta división de la actividad psíquica es el ataque histérico en muchas de sus formas y estadios. El pensar conciente suele borrarse por completo cuando aquel empieza; pero luego despierta poco a poco. Muchos enfermos inteligentes nos confiesan que durante el ataque su yo conciente ha estado ahí con toda claridad y observaba con curiosidad y asombro los desatinos que ellos hacían y decían. Tales enfermos sustentan incluso la opinión (errónea) de que con buena voluntad habrían podido inhi-

* {El término francés.}

[26] [Se hallarán consideraciones similares en el «Prólogo» de Freud a su traducción del libro de Bernheim, *De la suggestion*... (Freud, 1888-89), *AE*, **1**, pág. 90.]

bir el ataque, y se inclinan a atribuirse la culpa por él. «No habría debido hacerlo». (También las autoacusaciones de simulación descansan en buena parte en esta sensación.)[27] Pero al siguiente ataque, el yo conciente es tan incapaz como antes de gobernar los procesos. — He ahí, pues, al pensar y representar del yo conciente de vigilia junto a las representaciones que, a pesar de residir de ordinario en la oscuridad de lo inconciente, han conseguido el gobierno sobre la musculatura y el lenguaje, y aun sobre buena parte de la actividad de representación: es manifiesta la escisión de la psique.

Sin embargo, es verdad que los hallazgos de Binet y Janet merecen el nombre de escisión no sólo de la actividad psíquica, sino de la conciencia; como es sabido, estos observadores han conseguido entrar en relación con la «subconciencia» de sus enfermos, con aquella parte de la actividad psíquica de la cual el yo conciente de vigilia nada sabe; y en muchos casos han pesquisado ahí todas las funciones psíquicas, incluida la autoconciencia. En efecto, hallaron el recuerdo de procesos psíquicos anteriores. Esta media psique es entonces por entero completa, es conciente dentro de ella misma. En nuestros casos, la parte escindida de la psique ha sido «reducida a las tinieblas»,[28] como los titanes han sido recluidos en el cráter del Etna; ellos pueden sacudir la Tierra, pero nunca salen a la luz. En los casos de Janet, en cambio, se ha consumado una división completa del reino. Claro que con diferencias de rango. Pero aun estas desaparecen cuando las dos mitades de conciencia alternan, como en los casos notorios de *double conscience*, donde no se distinguen por su capacidad de rendimiento.

Pero volvamos a aquellas representaciones que hemos pesquisado en nuestros enfermos como causas de sus fenómenos histéricos. No podríamos, ni mucho menos, llamarlas a todas directamente «inconcientes» e «insusceptibles de conciencia». Desde la representación por entero conciente que desencadena un reflejo insólito, hasta aquella que nunca ingresa en la conciencia durante la vigilia, sino sólo durante la hipnosis, corre una escala apenas discontinua por todos los grados de penumbra y oscuridad. A pesar de ello, damos por demostrado que en grados más altos de la histeria existe aquella escisión de la actividad psíquica, y sólo ella parece posibilitar una teoría psíquica de la enfermedad.

[27] [Estos puntos se ilustran en el historial clínico de Anna O. Cf. *supra*, pág. 69.]
[28] [Mefistófeles dice esto de sí mismo en Goethe, *Fausto*, parte I, escena 4.]

Ahora bien, ¿qué se puede enunciar o conjeturar con verosimilitud sobre la causa y la génesis de este fenómeno?

Janet, a quien tantísimo debe la doctrina sobre la histeria, y con quien estamos de acuerdo en la mayoría de los puntos, ha desarrollado sobre esto una visión que no podemos hacer nuestra.

Janet sostiene [29] que la «escisión de la personalidad» descansa en una endeblez mental originaria (*«insuffisance psychologique»*); toda actividad mental normal presupone una cierta aptitud para la «síntesis», la posibilidad de conectar varias representaciones en un complejo. Afirma que una actividad sintética así es, ya, la fusión de las diversas percepciones sensoriales para formar una imagen del medio circundante; y en muchos histéricos esta operación de la psique se halla muy por debajo de la norma. Un hombre normal, si su atención es máxima en un punto, por ejemplo si se dirige a la percepción por medio de un solo sentido, perderá provisionalmente la aptitud para apercibir impresiones de los otros sentidos, vale decir, para recogerlas en el pensar conciente. Eso es lo que ocurre en los histéricos, pero sin que medie una particular concentración de la atención. Cuando perciben algo, las otras percepciones sensoriales se les vuelven inasequibles. Más aún: ni siquiera son capaces de aprehender en unidad las impresiones de un solo sentido. Por ejemplo, pueden apercibir sólo las percepciones táctiles de un lado del cuerpo; las del otro lado llegan, sí, al centro, son utilizadas para la coordinación de los movimientos, pero no son apercibidas. Un hombre así es hemianestésico.

En el hombre normal, una representación llama a la conciencia, por vía asociativa, una gran multitud de otras que mantienen con la primera alguna relación; por ejemplo, la apoyan o la inhiben; y sólo las representaciones de vividez máxima son tan hiperintensas que sus asociaciones permanecen por debajo del umbral de la conciencia. En los histéricos, en cambio, esto último es siempre el caso. Cada representación les confisca el todo de su escasa actividad mental; esto condiciona la afectividad hipertrófica de los enfermos.

Janet designa «estrechamiento del campo de conciencia», por analogía con el «estrechamiento del campo visual», a

[29] [La siguiente reseña de la concepción de Janet parece proceder esencialmente del último capítulo de su libro de 1894; este capítulo era reimpresión de un artículo publicado en *Archives de Neurologie* (junio y julio de 1893), dedicado en su mayor parte a la «Comunicación preliminar» de Breuer y Freud. Cf. también *supra*, pág. 121.]

esta propiedad de la psique de los histéricos. Las impresiones sensoriales no apercibidas y las representaciones que fueron evocadas pero no entraron en la conciencia se extinguen la mayoría de las veces sin más consecuencias, pero en muchas ocasiones forman agregados y complejos:[30] el estrato psíquico sustraído de la conciencia, la subconciencia.

La histeria, basada en lo esencial en esta escisión de la psique, sería, según Janet, «*une maladie de faiblesse*»;* y por eso se desarrollaría de preferencia cuando sobre una psique originariamente endeble operan otros influjos debilitadores, o cuando se le plantean requerimientos elevados en relación con los cuales la fuerza mental aparece más pequeña todavía.

En esta exposición de sus puntos de vista, Janet tiene dada ya su respuesta a la importante pregunta por la predisposición a la histeria, o sea por el *typus hystericus* (tomando estos términos en él mismo sentido en que se habla de *typus phthisicus*, entendiéndose por tal el tórax largo y estrecho, el corazón pequeño, etc.). Para Janet, la predisposición a la histeria es una determinada forma de endeblez mental. Frente a ello, nosotros formularíamos nuestra propia visión en estos términos sintéticos: la escisión de la conciencia no sobreviene porque los enfermos sean débiles mentales, sino que ellos lo parecen porque su actividad psíquica está dividida y el pensar conciente dispone sólo de una parte de la capacidad operativa. Nosotros no podemos considerar una debilidad mental como *typus hystericus*, como conjunto de los rasgos predisponentes a la histeria.

Acaso un ejemplo ilustre lo que queremos dar a entender con nuestra primera tesis. Muchas veces pudimos observar en una de nuestras enfermas (la señora Cäcilie M.) el siguiente circuito: En un estado de relativo bienestar afloraba un síntoma histérico; por ejemplo, una alucinación martirizadora, obsesionante, o una neuralgia, cuya intensidad aumentaba durante algún tiempo. Disminuía a la vez de manera continua la capacidad de rendimiento mental, y pasados algunos días cualquier observador que no estuviera en el secreto no podría menos que calificar a la enferma de débil mental. Luego era relevada de la representación inconciente (del recuerdo de un trauma psíquico, originario a menudo de un remoto pasado), o por el médico

30 [Este uso del término «complejo» parece aproximarse mucho al que, según se considera generalmente, Jung introdujo unos diez años más tarde. Cf. «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (Freud, 1914*d*), *AE*, **14**, págs. 28-9.]

* {«una enfermedad de endeblez».}

en la hipnosis o por referir ella el asunto de repente, presa de un vivo afecto, en un estado de emoción. Tras ello, no sólo quedaba tranquila y alegre, liberada del síntoma martirizador, sino que uno se asombraba en todos los casos de su rica y clara inteligencia, de la agudeza de su entendimiento y juicio. Gustaba de jugar al ajedrez (lo hacía excelentemente), y aun dos partidas simultáneas, lo cual no podría ser un signo de carencia en la síntesis mental. Era irrecusable la impresión de que en ese circuito la representación inconciente atraía hacia sí una parte cada vez mayor de la actividad psíquica, y mientras más acontecía esto, tanto más pequeña se volvía la parte del pensar conciente, hasta que este descendía a la imbecilidad completa; pero cuando ella se «reunía» {«*beisammen*»; «volvía a ser una»}, para emplear la acertadísima expresión vienesa, poseía una eminente capacidad de rendimiento intelectual.

Entre los estados de las personas normales, no deberíamos aducir aquí, con fines comparativos, la concentración de la atención, sino la *preocupación.* Cuando alguien está «preocupado» por una representación viva, por ejemplo una cuita, su capacidad de rendimiento mental se rebaja de parecida manera.

Puesto que todo observador es influido sobremanera por los objetos de su observación, creeríamos que Janet ha formado su concepción, en lo esencial, sobre el estudio profundizado de aquellos histéricos débiles mentales que están en el hospital o el manicomio porque no pudieron sobrellevar en su vida ordinaria su enfermedad ni la debilidad mental por ella condicionada: nuestra observación de histéricos cultos nos impone una opinión radicalmente diversa acerca de su psique. Creemos «que entre los histéricos uno encuentra a los seres humanos de más claro intelecto, voluntad más vigorosa, mayor carácter y espíritu crítico» [pág. 38]. La histeria no excluye grado alguno de unas dotes psíquicas efectivas, de valía, si bien es cierto que *en virtud de* la enfermedad el rendimiento real suele volverse imposible. Y, en verdad, la patrona de la histeria, Santa Teresa, fue una mujer genial de grandísima capacidad práctica.

Pero, por otra parte, ninguna medida de necedad, inutilidad o defecto de la voluntad protegen de la histeria. Aun prescindiendo de todo cuanto no es sino consecuencia de la enfermedad, es preciso admitir como harto frecuente el tipo del histérico débil mental. Sólo que tampoco aquí se trata de una estupidez letárgica, flemática, sino más bien de un grado exagerado de movilidad mental, que lo torna a uno incapaz. Volveré luego sobre el problema de la predisposi-

ción originaria. Aquí sólo debe quedar establecido lo inaceptable de la *opinión* de Janet, para quien una endeblez mental se encuentra en la base de la histeria y de la escisión psíquica.[31]

En total oposición al punto de vista de Janet, yo opino que en muchísimos casos hay en la base de la desagregación {*Desaggregation*} un mal rendimiento psíquico, la coexistencia habitual de dos series de representaciones heterogéneas. A menudo se ha señalado que no sólo actuamos «mecánicamente», de suerte que en nuestro pensar conciente discurren series de representaciones que nada tienen en común con nuestra actividad, sino que somos capaces de unas operaciones inequívocamente psíquicas mientras nuestros pensamientos «se ocupan de otra cosa». Por ejemplo, cuando leemos en voz alta con total corrección y con la entonación que conviene, y sin embargo no sabemos en absoluto qué hemos leído.

Es sin duda grande el número de actividades, desde las mecánicas, como hacer calceta o ejecutar escalas en el piano, hasta aquellas que de alguna manera condicionan cierta operación anímica, que muchos hombres son capaces de realizar con espíritu a medias presente; en particular hombres que, por su gran vivacidad, se sienten martirizados en ocupaciones monótonas, simples, carentes de atractivos, y al comienzo se crean de una manera bien deliberada el entretenimiento de pensar en otra cosa. («Teatro privado», en el historial clínico nº 1, el de Anna O. [pág. 47].) Un caso diverso, pero semejante, se presenta cuando una serie de representaciones interesantes, por ejemplo nacidas de la lectura, el teatro, etc., se le imponen a uno y se le cuelan. Este colarse es todavía más enérgico cuando la serie de representaciones ajenas tiene intenso «color afectivo», como la cuita, la añoranza enamorada. Así se crea el ya mencionado estado de la preocupación, que, empero, a muchos hombres no les impide producir operaciones de moderada complejidad. Las circunstancias sociales suelen obligar a tales duplicaciones aun de un pensar intensivo; por ejemplo, si una señora martirizada por una cuita o emocionada por una pasión desempeña sus deberes sociales y las funciones de una amable anfitriona. Todos nosotros, en nuestro oficio, realizamos operaciones menores de este género; ahora bien, la observación de sí parece mostrar a cada quien que el grupo de representaciones afectivas no es despertado

[31] [Véanse al respecto las puntualizaciones de Freud sobre la señora Emmy von N. (*supra*, págs. 121-2).]

siguiendo los vaivenes de la asociación, sino que está presente en la psique de una manera continua y actual, e ingresa en la conciencia tan pronto esta deja de estar confiscada por una viva impresión exterior o un acto de voluntad.

Aun en personas que no tienen el hábito de soñar despiertas paralelamente a sus actividades ordinarias, muchas situaciones, durante prolongados lapsos, condicionan esa coexistencia de las cambiantes impresiones y reacciones de la vida exterior con un grupo de representaciones de tinte afectivo. «*Post equitem sedet atra cura*».* [32] Tales situaciones son, sobre todo, el cuidado de deudos enfermos y la inclinación amorosa. La experiencia nos dice, además, que el cuidado de enfermos y el afecto sexual desempeñan el papel principal en la mayoría de los historiales clínicos de histéricos analizados con minuciosidad.

Yo conjeturo que la duplicación de la capacidad psíquica, ya sea habitual o condicionada por una situación vital henchida de afectos, *predispone* esencialmente a la real escisión patológica de la psique. Pasa a esta cuando las dos series de representaciones coexistentes ya no tienen un contenido de igual género, cuando una de ellas contiene representaciones insusceptibles de conciencia, a saber, las combatidas por la defensa y aquellas que provienen de estados hipnoides. Así se vuelve imposible la confluencia de las dos corrientes temporariamente divididas, confluencia que una y otra vez acaece en la persona sana, y se establece de manera permanente un ámbito escindido de actividad psíquica inconciente. Esta escisión histérica de la psique es al «yo doble» del sano como lo hipnoide a la ensoñación normal. Lo que condiciona la cualidad patológica es, en un caso, la amnesia y, en el otro, la insusceptibilidad de conciencia de la representación.

El historial nº 1 (Anna O.), al que de continuo me veo remitido, ofrece una visión clara del proceso. Gozando aún de plena salud, la muchacha tenía la costumbre de dejar que junto a sus ocupaciones se le enhebrasen unas series de representaciones fantásticas. En una situación favorable para la autohipnosis, el afecto de angustia ingresa en la ensoñación y crea un [estado] hipnoide, respecto de lo cual subsiste amnesia. Esto se repite en diversas oportunidades, su contenido de representación se vuelve cada vez más rico; pero todas las veces alterna con estados de pensar despierto enteramente normal. Trascurridos cuatro me-

* {«La negra inquietud se sienta tras el jinete».}
[32] [Horacio, *Odas*, III, 1.]

ses, el estado hipnoide se apodera por completo de la enferma; al confluir los ataques singulares, se forma un *état de mal*, una histeria aguda de las más graves. Tras una duración de varios meses en diversas formas (período sonámbulo), se interrumpe de manera abrupta.[pág. 53] y vuelve a alternar con una conducta psíquica normal. Pero también en esta última persisten los fenómenos somáticos y psíquicos de los cuales nosotros, en este caso, *sabemos* que se basan en una representación de lo hipnoide (contractura, hemianestesia, alteración del lenguaje). Así se comprueba que también durante la conducta normal es actual el complejo de representación de lo hipnoide, la «subconciencia»; que subsiste la escisión de la psique.

No puedo aportar un segundo ejemplo de curso parecido. Pero creo que este arroja alguna luz sobre el desarrollo de la neurosis traumática. En esta última, durante los primeros días posteriores al accidente, junto con su recuerdo se repite el [estado] hipnoide de terror; pero al acontecer esto mismo con más y más frecuencia, su intensidad decrece a punto tal que ya no alterna con el pensar despierto, sino que sólo subsiste junto a él. Ahora se vuelve continuo, y los síntomas somáticos, que antes persistían únicamente en el ataque de terror, cobran una existencia duradera. Pero yo sólo puedo conjeturar que así sea, pues no he analizado ningún caso de este género.

Las observaciones y análisis de Freud prueban que la escisión de la psique puede ser condicionada también por la «defensa», el voluntario extrañamiento de la conciencia respecto de unas representaciones penosas. Pero ello sólo sucede en ciertas personas, a quienes por eso debemos atribuir una peculiaridad psíquica. El hombre normal consigue sofocar esas representaciones, y entonces ellas desaparecen por completo; o no lo consigue, y entonces le vuelven a aflorar una y otra vez en la conciencia. Yo no sé decir en qué consistiría aquella peculiaridad. Sólo arriesgo la conjetura de que el auxilio de lo hipnoide acaso sea necesario si mediante la defensa no meramente han de hacerse inconcientes unas representaciones singulares convertidas, sino que ha de consumarse una real y efectiva escisión de la psique. La autohipnosis crearía por así decir el espacio, el ámbito de actividad psíquica inconciente hacia el interior del cual son esforzadas las representaciones combatidas por la defensa. Pero, comoquiera que fuese, nos vemos precisados a reconocer el hecho de la significatividad patógena de la «defensa».

Ahora bien, no creo que con los procesos considerados, a

medias entendidos, se haya agotado siquiera aproximadamente la génesis de la escisión psíquica. Así, al comienzo de histerias de grado superior suele observarse durante cierto tiempo un síndrome que parece lícito designar como de histeria aguda. (En las anamnesis de histéricos varones, es común hallar esta forma de la enfermedad bajo el nombre de «encefalitis»; en las histerias femeninas, la neuralgia ovárica ha dado ocasión al diagnóstico de «peritonitis».) En este estadio agudo de la histeria son nítidos unos rasgos psicóticos; estados emotivos maníacos y coléricos, bruscos cambios de vía de fenómenos histéricos, alucinaciones, etc. En tal estado es posible que la escisión de la psique se produzca de un modo diverso al que nosotros hemos presentado en líneas anteriores. Acaso toda esa fase deba considerarse como un [estado] hipnoide prolongado cuyos residuos proporcionan el núcleo del complejo de representaciones inconcientes, en tanto que el pensar despierto es amnésico respecto de él. Puesto que las condiciones genéticas de esa histeria aguda nos resultan las más de las veces desconocidas (no me atrevo a tener por universalmente válido el proceso averiguado en Anna O.), esta sería otra modalidad de la escisión psíquica, opuesta a las ya elucidadas, y que merecería el nombre de irracional.[33] Del mismo modo, sin duda existirán otras variedades de este proceso que han escapado hasta ahora al joven conocimiento psicológico. Es evidente que sólo hemos dado los primeros pasos en este terreno, y ulteriores experiencias trasformarán radicalmente los puntos de vista de hoy.

Preguntémonos ahora en qué ha contribuido para entender la histeria este conocimiento de la escisión psíquica, adquirido en años recientes. Su contribución parece grande y valiosa.

Ese discernimiento posibilita reconducir un síntoma en apariencia puramente somático a unas representaciones que, empero, no se hallan dentro de la conciencia de los enfermos. Huelga volver a considerar esto en profundidad.

Ha enseñado a comprender el ataque, al menos en parte, como una operación del complejo de representaciones inconcientes (Charcot).

[33] Pero debo señalar que justamente en el caso mejor conocido y mas trasparente de gran histeria con *double conscience* manifiesta, el de Anna O., ningún resto del estadio agudo se trasfirió al estadio crónico, y todos los fenómenos de este último ya se habían producido en el «período de incubación» en estados hipnoides y de afecto.

Además, explica muchas de las peculiaridades de la histeria, y es posible que este punto sí requiera ser considerado en detalle.

Si bien las «representaciones inconcientes» nunca entran en el pensar despierto, o rara y difícilmente lo hacen, influyen empero sobre él. En primer lugar, por sus efectos; por ejemplo, si hace penar al enfermo una alucinación incomprensible y sin sentido, cuyo significado y cuya motivación se aclaran en la hipnosis.

Luego, influyen sobre la asociación haciendo que ciertas representaciones singulares se vuelvan más vivaces de lo que habrían sido de no mediar este refuerzo proveniente de lo inconciente. Así, a los enfermos se les imponen, con una cierta compulsión, siempre determinados grupos de representaciones en los que se ven forzados a pensar. (Parecido al modo en que los hemianestésicos de Janet no sienten, desde luego, el repetido contacto de su mano insensible, pero, instados a nombrar un número al azar, siempre escogen el que corresponde al número de contactos.) Y además, ellas gobiernan los estados de ánimo, el talante. Cuando Anna O., al desovillar sus recuerdos, se aproximaba a un proceso que en su origen había estado conectado con un vivo afecto, ya días antes que ese recuerdo saliera a la luz con claridad en la conciencia hipnótica afloraba en ella el talante correspondiente.

Esto nos permite entender las lunas, las desazones inexplicadas, sin fundamento, carentes de motivo para el pensar de vigilia. Es cierto que la impresionabilidad de los histéricos está condicionada en buena parte, simplemente, por su excitabilidad originaria; pero los vivos afectos que los atrapan por causas relativamente nimias se vuelven más comprensibles si pensamos en que la «psique escindida» opera como un resonador para las notas tocadas en el diapasón. Cualquier suceso que despierte recuerdos «inconcientes» libera toda la fuerza afectiva de estas representaciones no desgastadas, y el afecto así provocado no guarda relación ninguna con el que se habría generado en la psique conciente sola.

Antes (págs. 241-2) se informó sobre una enferma cuyo rendimiento psíquico guardaba siempre relación inversa con la vivacidad de sus representaciones inconcientes. La rebaja de su pensar despierto descansa en parte, pero sólo en parte, en un peculiar modo de dispersión; tras cada «ausencia» momentánea, como las que de continuo le sobrevienen, no sabe en qué ha pensado durante su trascurso. La enferma oscila entre la «*condition prime*» y la «*condition seconde*»,

entre el complejo de representaciones conciente y el inconciente. Mas no es esto sólo lo que rebaja su rendimiento psíquico; tampoco, el solo afecto que la gobierna desde lo inconciente. En ese estado, su pensar despierto carece de toda energía, su juicio es pueril; como dijimos, parece completamente imbécil. Opino que la base de ello se encuentra en que el pensar despierto dispone de menos energía cuando un gran volumen de la excitación psíquica es confiscado por lo inconciente.

Si es esto lo que ocurre y no sólo temporariamente; si la psique escindida está en continua excitación como en los hemianestésicos de Janet, en quienes todas las sensaciones de una mitad del cuerpo son percibidas sólo por la psique inconciente, el rendimiento encefálico que resta para el pensar despierto es tan escaso que esto por sí solo explicaría toda la endeblez psíquica que Janet describe y él considera originaria. Es que son los menos los hombres de quienes se puede decir, como de Bertrand de Born,[34] el personaje de Uhland, «que no necesitan más que la mitad de su espíritu». La inmensa mayoría son débiles mentales justamente a raíz de esa reducción de su energía psíquica.

Ahora bien, sobre esta endeblez mental, condicionada por la escisión psíquica, parece descansar también una propiedad, de serias consecuencias, que *algunos* histéricos presentan: su sugestionabilidad. (Digo «algunos histéricos», pues es indudable que entre los enfermos de esta clase se encuentran también los hombres de más seguro juicio y mayor espíritu crítico.)

Por sugestionabilidad no entendemos, básicamente, sino la falta de crítica hacia representaciones y complejos de representación (juicios) que emergen en la conciencia propia o son introducidos en ella desde afuera, por escuchar dichos ajenos o por lecturas. Toda crítica a unas representaciones que acaban de entrar en la conciencia se basa en que ellas, por vía asociativa, despiertan a otras y, entre estas, también a las que les son inconciliables. Así, la resistencia a ellas depende del patrimonio de la conciencia potencial en materia de tales representaciones contrariantes, y su fuerza corresponde a la proporción entre la vivacidad de las representaciones frescas y la de aquellas despertadas desde el recuerdo. Aun en intelectos normales esa proporción es muy variable. Lo que llamamos temperamento intelectual depende en buena parte de esta última. El «sanguíneo», siempre arrobado ante personas y cosas nue-

[34] [Famoso trovador, sobre el cual versa una balada de Uhland.]

vas, obra así porque la intensidad de sus imágenes mnémicas, comparada con la de las impresiones nuevas, es menor que en la persona más calma, «flemática». En estados patológicos, la hipergravitación de representaciones frescas y la falta de resistencia hacia ellas crece en la misma medida en que disminuyen las imágenes mnémicas despertadas, y en que la asociación es más débil y pobre; ya ocurre así en el dormir y el soñar, en la hipnosis, y a raíz de cualquier débito de la energía mental siempre que no sufra menoscabo al mismo tiempo la vivacidad de las representaciones frescas.

La psique inconciente, escindida, de la histeria es eminentemente sugestionable a causa de la pobreza y precariedad de su contenido de representación. Pero también parece basarse en esto mismo la sugestionabilidad de la psique conciente de algunos histéricos. Son excitables por su disposición originaria; en ellos, unas representaciones frescas son de gran vivacidad. En cambio, la actividad intelectual genuina, la asociación, está rebajada porque el pensar despierto, debido a la escisión de un «inconciente», dispone sólo de una parte de la energía psíquica. Con ello aminora y muchas veces queda aniquilada su capacidad de resistencia frente a autosugestiones o sugestiones ajenas. Acaso también proceda sólo de esto la sugestionabilidad de su voluntad. En cambio, la sugestionabilidad alucinatoria, que al punto muda en percepción a cualquier representación de una percepción sensorial, requiere, lo mismo que toda alucinación, de un grado anormal de excitabilidad del órgano perceptivo y no se puede derivar de la escisión psíquica solamente.

6. Predisposición originaria; desarrollo de la histeria

En casi todas las etapas de estos estudios he debido admitir que la mayoría de los fenómenos por cuyo entendimiento nos esforzamos pueden descansar también en una peculiaridad innata. Esta se sustrae de cualquier explicación que pretendiera ir más allá de la comprobación de los hechos. Pero como es indudable que la *aptitud para adquirir una histeria* está ligada a una especificidad de los seres humanos, quizá no carezca de todo valor el intento de definirla con exactitud algo mayor.

Antes expuse por qué es inaceptable el punto de vista

de Janet, para quien la predisposición a la histeria descansa en una endeblez psíquica innata. El médico de familia que observa a los miembros de hogares histéricos en todos los estadios de edad sin duda se inclinará a buscar esa predisposición más en una demasía que en un defecto. Los adolescentes que luego se volverán histéricos son las más de las veces, antes de contraer la enfermedad, vivaces, dotados, plenos de intereses intelectuales; a menudo es notable la energía de su voluntad. Entre ellos se cuentan aquellas muchachas que se levantan de noche para cultivar en secreto algún estudio que sus padres les han denegado por miedo al esfuerzo excesivo. Por cierto que no poseen con más abundancia que otras personas la capacidad para el juicio prudente. Pero es raro hallar entre ellos una inercia mental estulta y simple, la estupidez. La productividad sobreafluente de su psique indujo a uno de mis amigos a aseverar que los histéricos son las flores de la humanidad, estériles como ellas, pero no menos hermosos que la flor abierta.

Su vivacidad, su no descansado ajetreo, su afán de sensaciones y de actividad intelectual, su incapacidad para soportar lo monótono y aburrido, acaso se dejen formular así: son de aquellos seres humanos cuyo sistema nervioso libera en la quietud un exceso de excitación que pide ser aplicada (cf. págs. 208-9). Durante el desarrollo puberal, y a consecuencia de él, a la superabundancia originaria viene a sumarse aún aquel violento acrecentamiento de la excitación que brota de la sexualidad en despertar, de las glándulas genésicas. Ahora se dispone de un *quantum* hipertrófico de excitación nerviosa libre para fenómenos patológicos; sin embargo, para que ella emerja en la forma de unas manifestaciones histéricas se requiere, evidentemente, de otra particularidad, específica del individuo. En efecto, la gran mayoría de los hombres vivaces y excitados no por ello se vuelven histéricos.

En lo anterior sólo pude designar esa particularidad con estas palabras vagas y de pobre contenido: «excitabilidad anómala del sistema nervioso» [pág. 202]. Acaso se pueda avanzar un poco y decir que esa anormalidad estriba en que en tales personas la excitación del órgano central puede afluir a los aparatos nerviosos de la sensación, que *como norma* sólo son asequibles para estímulos periféricos, y a los de los órganos vegetativos, que están aislados del sistema nervioso central por fuertes resistencias. Esta representación de un sobrante de excitación siempre presente y que tiene acceso a los aparatos sensorial, vasomotor y vis-

ceral quizá dé cuenta por sí sola de algunos fenómenos patológicos.

Tan pronto como en las personas así constituidas la atención se concentra con violencia en una parte del cuerpo, la «facilitación atencional» (Exner [1894, págs. 165 y sigs.]) de los conductores sensoriales correspondientes sobrepasa la medida normal; la excitación libre, flotante, se traslada por así decir hacia esa vía, generándose la hiperalgesia local, causa esta de que todos los dolores, no importa a qué se deban, alcancen una intensidad máxima, y todo padecer se vuelva «temible» e «insoportable». Pero una vez que la cantidad de excitación ha investido una vía sensible, no siempre vuelve a abandonarla, como en el hombre normal; y no sólo persevera, sino que se multiplica por los aflujos de nuevas y nuevas excitaciones. Así, de un trauma articular leve se desarrolla una *artralgia*; las sensaciones dolorosas de la hinchazón ovárica se convierten en una neuralgia ovárica crónica. Los aparatos nerviosos de la circulación son más asequibles al influjo cerebral que en las personas normales: hay palpitaciones nerviosas, tendencia al síncope, sonrojo y empalidecimiento excesivos, etc.

Claro está que los aparatos nerviosos periféricos no son más fácilmente excitables sólo por influjos centrales: también reaccionan a los estímulos adecuados, funcionales, de una manera excesiva y perversa. Las palpitaciones son consecuencia de un esfuerzo moderado tanto como de una emoción del ánimo, y los nervios vasomotores provocan contracción en las arterias («dedos dormidos») sin que medie influjo psíquico alguno. Y así como a un trauma leve sigue la artralgia, secuela de una bronquitis pasajera es un asma nerviosa, y de una indigestión, un algia cardíaca frecuente. De esta manera, nos vemos precisados a admitir que la asequibilidad para sumas de excitación de origen central es sólo un caso especial de la excitabilidad anormal general,[35] por más que sea lo esencial para nuestro tema.

Por eso tampoco creo que sea por completo desestimable la vieja «teoría del reflejo» sobre estos síntomas, que sería mejor llamar «nerviosos», si bien pertenecen al cuadro clínico empírico de la histeria. Es muy posible que los vómitos, concomitantes de la dilatación del útero grávido, sean desencadenados como reflejos, dada una excitabilidad anormal, por mínimos estímulos uterinos; quizá puedan provocarlos también las hinchazones alternantes de los ovarios. Tenemos tantas noticias sobre unos efectos lejanos de

[35] La «labilidad de las moléculas», de Oppenheim. [Cf. pág. 202*n*.]

alteraciones de órgano, sobre tantos raros «puntos conjugados», que no puede desecharse la posibilidad de que una multitud de síntomas nerviosos, que unas veces son de condicionamiento psíquico, sean en otros casos unos lejanos efectos de reflejo. Y aun me atrevo a proponer la herejía, en extremo inmoderna, de que la debilidad motriz de una pierna pudiera no ser de condicionamiento psíquico, sino el reflejo directo producido por una afección genital. Opino que haremos bien en no atribuir validez demasiado exclusiva a nuestras nuevas intelecciones, y en no generalizarlas para todos los casos.

Otras formas de excitabilidad sensorial anormal se sustraen de nuestro entendimiento de una manera todavía más completa, como la analgesia general, las áreas anestésicas, el estrechamiento real del campo visual, etc. Es posible, y acaso probable, que ulteriores observaciones demuestren el origen psíquico de uno u otro de estos estigmas [cf. pág. 40*n.*], y de este modo expliquen el síntoma; hasta hoy ello no ha sucedido (no me atrevo a generalizar los puntos de apoyo que nos da nuestro historial nº 1 [Anna O.]), y no considero justificado presuponerlo antes que se pruebe esa derivación.

En cambio, la mencionada particularidad del sistema nervioso y de la psique parece explicar algunas propiedades harto conocidas de muchos histéricos. El sobrante de excitación que su sistema nervioso libera en estado quiescente condiciona su incapacidad para soportar una vida monótona y el aburrimiento; así también, su afán de sensaciones los pulsiona, tras el estallido de la enfermedad, a interrumpir su monocorde existencia de enfermos con toda clase de «incidentes»: en calidad de tales se ofrecen sobre todo, naturalmente, unos fenómenos patológicos. La autosugestión suele ayudar en esto. Son empujados más y más adelante por su ansia de estar enfermos, ese asombroso rasgo tan propio de la patognomía histérica, como el miedo a la enfermedad lo es de la hipocondría.[36] Conozco a una histérica que se causaba ella misma daños, a menudo serios, y lo hacía sólo para su propio uso, sin que sus allegados ni el médico se enterasen. Consumaba, sola en su dormitorio, toda clase de extravagancias —cuando no algo más grave— sólo para probarse a sí misma que no era normal. Es que tenía un nítido sentimiento de su condición achacosa, no cumplía bien sus deberes, y mediante aquellos actos se creaba una justificación ante sí misma. Otra enferma, una

[36] [Véase una consideración de Freud *infra*, pág. 266.]

señora que sufre mucho a causa de una escrupulosidad patológica de la conciencia moral, llena además de desconfianza hacia sí misma, siente todo fenómeno histérico como una culpa «porque, con sólo empeñar su voluntad, no lo tendría». Cuando por error declararon que la paresia de sus piernas era una enfermedad espinal, ella lo sintió como una redención; y después, al decírsele que era «sólo nerviosa» y ya le pasaría, eso solo bastó para producirle una grave angustia de la conciencia moral. El afán de estar enferma brota del ansia de la paciente por convencerse a sí misma y a los demás acerca de la realidad objetiva de su dolencia. Y si a ella se suma la pena condicionada por la monotonía que supone para el enfermo estar recluido en su habitación, se desarrolla al máximo la inclinación a tener nuevos y nuevos síntomas.

Y cuando esto lleva a la mendacidad y a la efectiva simulación —yo creo que ahora nos excedemos tanto en desautorizar la simulación como antes en aceptarla—, no se debe a la predisposición histérica, sino, como acertadísimamente lo dice Moebius, a la complicación de esta con otras degeneraciones, una inferioridad moral originaria; de este mismo modo nace la «histérica maliciosa» cuando a una persona originariamente excitable, pero pobre de espíritu, viene a sumársele todavía aquella mutilación egoísta del carácter que una dolencia crónica produce con tanta facilidad. Por lo demás, la «histérica maliciosa» difícilmente sea un caso más frecuente que el enfermo maligno en los últimos estadios de una tabes.

También en la esfera motriz el sobrante de excitación produce fenómenos patológicos. Los niños así constituidos desarrollan con mucha facilidad movimientos del tipo de los tics, que, al comienzo incitados por alguna sensación en los ojos o el rostro, o por la molestia de una pieza de vestimenta, pronto adquieren permanencia si no se los combate enseguida. Las vías reflejas son «ahondadas» con mucha facilidad y rapidez.

Tampoco cabe negar la existencia de un ataque convulsivo puramente motor, independiente de cualquier factor psíquico, en el que sólo se aligeren las masas de excitación acumuladas por sumación, tal y como sucede en el ataque epiléptico con las masas de estímulos condicionadas por alteraciones anatómicas. Esta sería la convulsión histérica no ideógena.

Vemos tantos adolescentes excitables, sí, pero sanos, y que sólo contrajeron una histeria durante el desarrollo puberal, que no podemos menos que preguntarnos si este pro-

ceso no crea la predisposición allí donde ella no preexistía. Y en verdad debemos adscribirle algo más que el simple acrecentamiento del *quantum* de excitación; la maduración genésica afecta al sistema nervioso en su totalidad aumentando dondequiera la excitabilidad y rebajando las resistencias. Es lo que nos enseña la observación de los adolescentes no histéricos, y por eso nos resulta lícito creer que aquella maduración produce la predisposición histérica en la medida en que esta última consista, justamente, en esa propiedad del sistema nervioso. Ya con esto reconocemos a la sexualidad como uno de los grandes componentes de la histeria. Veremos que su participación en ella es todavía mayor y que coopera por los más diversos caminos en la edificación de la enfermedad.

Si los estigmas se generan de manera directa en el suelo materno originario de la histeria y no son de origen ideógeno, también es imposible situar a la ideogenia en el centro de la histeria, como hoy a menudo se hace. ¿Qué más genuinamente histérico que los estigmas, esos hallazgos patognomónicos que permiten establecer el diagnóstico? Y sin embargo, no parecen ser ideógenos. Pero si la base de la histeria parece ser una particularidad de todo el sistema nervioso, sobre ella se levanta el complejo de síntomas ideógenos, de condicionamiento psíquico, como un edificio sobre sus fundamentos. Y es un *edificio de varios pisos*. Del mismo modo como se puede comprender la estructura de un edificio de esta clase distinguiendo los planos de los diversos pisos, yo creo que para comprender la histeria se requiere atender a la variada complicación de las causas de síntoma. Si se la omite y se procura explicar la histeria con empleo de un único nexo causal, restará siempre un gran conjunto de fenómenos inexplicados; es como si se pretendiera incluir los diversos cuartos de un edificio de varios pisos en el plano de uno solo de estos.

Lo mismo que los estigmas, toda una serie de otros síntomas nerviosos, como ya hemos visto, no están ocasionados por representaciones, sino que son consecuencias directas de la anomalía fundamental del sistema nervioso: muchas algias, fenómenos vasomotores, acaso el ataque convulsivo puramente motor.

Frente a ellos tenemos, en primer lugar, los fenómenos ideógenos que son simplemente conversiones de una excitación afectiva (pág. 215). Nacen como consecuencia de afectos en personas de predisposición histérica, y al co-

mienzo son sólo una «expresión anómala de las emociones» (Oppenheim [1890]).[37] Esta, por repetición, se convierte en un síntoma histérico real, en apariencia puramente somático, mientras que la representación ocasionadora pasa a ser inadvertida (pág. 217) u objeto de la defensa y, por eso, es reprimida {desalojada} de la conciencia. La mayoría, y las más importantes, de las representaciones combatidas por la defensa y convertidas poseen contenido sexual. Forman en buena parte la base de la histeria de pubertad. Las muchachas en crecimiento —de ellas se trata sobre todo— muestran muy diversa conducta frente a las representaciones y sensaciones sexuales que se les cuelan. Unas reaccionan con plena ecuanimidad, y entre estas, algunas ignoran y pasan por alto todo ese ámbito. Otras lo aceptan tal como lo hacen los varones; es la regla entre las muchachas campesinas y trabajadoras. Otras, aun, quedan al acecho, con una curiosidad más o menos perversa, de todo cuanto la conversación y las lecturas les aportan de sexual. Y, por fin, están las naturalezas de gran excitabilidad sexual y fina organización, pero de pureza moral igualmente grande, que sienten todo lo sexual como inconciliable con su contenido ético, como porquería y mancha;[38] estas reprimen {desalojan} la sexualidad afuera de su conciencia; y las representaciones afectivas de ese contenido, causadas por fenómenos somáticos, devienen inconcientes en calidad de combatidas por la «defensa».

La inclinación a la defensa frente a lo sexual es reforzada todavía por el hecho de que la excitación sexual tiene en la virgen una mezcla de angustia, el miedo a lo desconocido, vislumbres de lo que vendrá, en tanto que en los varones jóvenes, sanos, naturales, es una pulsión agresiva sin mezcla. La muchacha vislumbra en Eros el temible poder que gobierna y decide su destino, y le provoca angustia. Tanto mayor es, pues, la inclinación a no verlo y a reprimir lo angustiante afuera de la conciencia.

El matrimonio trae nuevos traumas sexuales. Es asombroso que la noche de bodas no produzca con más frecuencia efectos patógenos, pues harto a menudo ella no tiene por contenido, desdichadamente, una seducción eró-

[37] Tal predisposición es justamente lo que Strümpell [1892] designa como «la perturbación en lo psicofísico», que estaría en la base de la histeria.

[38] Algunas observaciones nos llevan a creer que el miedo al contacto (en verdad, el miedo a emporcarse) que constriñe a las mujeres a lavarse a cada instante las manos tiene harto a menudo este origen. La acción de lavarse brota de los mismos procesos anímicos que en Lady Macbeth.

tica, sino una violación. De todos modos, no son raras las histerias de señoras jóvenes que se pueden reconducir a ella y que desaparecen cuando, con el paso del tiempo, el goce sexual adviene y el trauma se borra. También en el ulterior trayecto de muchos matrimonios ocurren traumas sexuales. Lo comprobaron en buena profusión aquellos historiales clínicos de cuya publicación debimos desistir: requerimientos perversos del marido, prácticas innaturales, etc. No creo exagerar si asevero que *en las mujeres casadas la gran mayoría de las neurosis graves proviene del lecho conyugal.*[39]

Una parte de las noxas sexuales, la que consiste en lo esencial en una satisfacción incompleta (*coitus interruptus, ejaculatio praecox*, etc.), no lleva a la histeria, sino, según lo ha descubierto Freud (1895*b*), a la neurosis de angustia. Opino, sin embargo, que también en esos casos la excitación del afecto sexual es convertida harto a menudo en fenómenos somáticos histéricos.

De suyo se comprende, y surge también suficientemente de nuestras observaciones, que los afectos no sexuales del terror, la angustia, la cólera, llevan a la génesis de fenómenos histéricos. Pero acaso no sea superfluo destacar una vez más que el factor sexual es, con mucho, el más importante y el de mayor fecundidad patológica. La observación ingenua de nuestros antepasados, cuyo resto conservamos en la palabra «histeria»,* se aproxima más a la verdad que la visión más moderna que sitúa la sexualidad casi en la última línea a fin de resguardar a los enfermos de todo reproche moral. Es cierto que en los histéricos las necesidades sexuales presentan tan grande variedad individual como en los sanos, y no son más potentes que en estos. Pero los histéricos enferman por ellas, y en buena parte por su empeño en combatirlas, por su defensa frente a la sexualidad.

Junto a la histeria sexual es preciso mencionar aquí la histeria de terror, la histeria traumática en el sentido estricto. Constituye una de las formas mejor conocidas y admitidas de la histeria.

En el mismo estrato, por así decir, de los fenómenos generados por conversión de una excitación afectiva se si-

[39] Es por cierto grave daño que la clínica ignore este factor patógeno, uno de los más importantes, o apenas lo roce delicadamente. Sin duda, en este asunto los experimentados deben comunicar su experiencia al médico joven, quien suele pasar junto a la sexualidad sin verla —por lo menos en lo que atañe a sus enfermos—.

* {Del griego «ὑστέρα», «útero».}

túan aquellos que deben su origen a la sugestión (autosugestión, las más de las veces) en individuos originariamente sugestionables. Una sugestionabilidad de alto grado, o sea la desmedida y no inhibida gravitación de representaciones de excitación fresca, no pertenece a la esencia de la histeria; pero puede presentarse como una complicación en personas de predisposición histérica, en quienes esta particularidad del sistema nervioso, justamente, posibilita la realización corporal de las representaciones hipervalentes.[40] Por lo demás, casi siempre son sólo unas representaciones afectivas las que se realizan por vía sugestiva en fenómenos somáticos, y así es a menudo posible concebir este proceso también como una conversión del afecto de terror o de angustia concomitante.

Estos procesos de la *conversión de afecto* y de la *sugestión* permanecen idénticos aun en las formas complicadas de histeria que hemos de considerar ahora; no hallan ahí sino condiciones más propicias; pero fenómenos histéricos de condicionamiento psíquico se generan siempre en virtud de uno de esos dos procesos.

Aquel tercer elemento constitutivo de la predisposición histérica, que en muchos casos viene a sumarse a los ya considerados, es lo *hipnoide*, la inclinación a la autohipnosis (pág. 226). Este estado promueve en grado máximo tanto la conversión cuanto la sugestión, y las facilita, de modo tal que levanta, por así decir, sobre las pequeñas histerias, que sólo muestran fenómenos histéricos singulares, el vasto edificio de la gran histeria. Constituye un estado al comienzo sólo pasajero, y que alterna con el estado normal. Tenemos derecho a atribuirle el mismo acrecentamiento de la injerencia en el cuerpo que observamos en la hipnosis artificial; esa injerencia es aquí más intensa y llega más a lo profundo cuanto que se produce en un sistema nervioso que, ya fuera de la hipnosis, es de una excitabilidad anómala.[41] No sabemos en qué medida ni en

[40] [«*Überwertig*»; en su historial clínico de «Dora» (1905*e*), *AE*, **7**, pág. 48, Freud atribuye este término a Wernicke (1900, pág. 140).]

[41] Es tentador identificar la predisposición a la hipnosis con la excitabilidad anormal originaria, pues también la hipnosis artificial nos muestra alteraciones ideógenas de la secreción, del aflujo local de sangre, formación de vesículas, etc. Parece ser la opinión de Moebius. Pero yo opino que ahí uno se mueve en un círculo vicioso. Hasta donde yo lo veo, sólo en histéricos observamos esta taumaturgia de la hipnosis. Entonces, atribuiríamos a la hipnosis las operaciones de la histeria, y luego volveríamos a deducirlas de la hipnosis.

qué casos la inclinación a la autohipnosis es una propiedad originaria del organismo. Ya antes formulé (cf. pág. 229) la opinión de que se desarrolla a partir de ensoñaciones henchidas de afecto. Pero con seguridad también cuenta en este caso una predisposición originaria. Si aquella opinión es correcta, también aquí se vuelve nítido el gran influjo que cumple asignar a la sexualidad sobre el desarrollo de la histeria. En efecto, salvo el cuidado de enfermos, no existe factor psíquico alguno tan apto como la añoranza amorosa para producir ensoñaciones henchidas de afecto. Y, por otra parte, el orgasmo[42] sexual mismo, con su plétora de afecto y su estrechamiento de la conciencia, es pariente cercano de los estados hipnoides.

Lo hipnoide sale a la luz de la manera más nítida como ataque histérico, y en aquel estado que se puede designar como de histeria aguda y que, según parece, desempeña un papel tan sustantivo en el desarrollo de la gran histeria (pág. 246). Son estados prolongados —a menudo duran varios meses—, *nítidamente psicóticos*, que es preciso designar sin más como de confusión alucinatoria; y aun si la perturbación no llega a tanto, en ellos afloran diversos fenómenos histéricos, algunos de los cuales persisten en lo sucesivo. El contenido psíquico de esos estados consiste en parte, justamente, en representaciones que en la vida de vigilia fueron combatidas por la defensa y reprimidas de la conciencia (véanse los «delirios histéricos de monjes y religiosas, de mujeres abstinentes, de niños bien educados» [*supra*, pág. 36]).

Puesto que tales estados muy a menudo son directamente unas psicosis y, empero, provienen de manera directa y exclusiva de la histeria, no puedo adherir a la opinión de Moebius (1895, pág. 18): «Si prescindimos de los delirios enlazados con el ataque, no se puede hablar de una locura histérica propiamente dicha». Aquellos estados lo son en muchos casos; y aun en la ulterior trayectoria de la histeria tales psicosis se repiten; si bien es verdad que por su esencia no son nada más que el estadio psicótico del ataque, dada su duración de varios meses no pueden ser designados como unos ataques.

¿Cómo se genera una de estas histerias agudas? En el caso mejor conocido (el de Anna O.) se desarrolló a partir de la acumulación de los ataques hipnoides; en otro caso (de histeria complicada ya existente), tras el retiro de la mor-

42 [«*Orgasmus*»; en la primera edición aparece, por error, «*Organismus*».]

fina. Las más de las veces el proceso sigue enteramente oscuro y aguarda su esclarecimiento por obra de ulteriores observaciones.

Para las histerias a que nos referimos aquí vale, pues, la tesis de Moebius (*ibid.*, pág. 16): «La alteración esencial de la histeria consiste en que, pasajera o duraderamente, el estado mental del histérico se asemeja al del hipnotizado».

La persistencia, durante el estado normal, del síntoma histérico generado en lo hipnoide se corresponde por completo con nuestras experiencias sobre sugestión poshipnótica. Pero ello equivale a decir que unos complejos de representaciones insusceptibles de conciencia coexisten con las series de ideas de conciente decurso: la *escisión de la psique* (cf. *supra*, pág. 239) se ha consumado. Parece seguro que esta puede generarse, aun sin lo hipnoide, de la plétora de representaciones combatidas por la defensa, reprimidas de la conciencia, pero no sofocadas. De una manera u otra se genera una vida psíquica ora pobre en ideas, rudimentaria, ora más o menos semejante al pensar despierto, cuyo discernimiento debemos sobre todo a Binet y a Janet. La escisión de la psique es la consumación de la histeria; ya se expuso (sección 5) cómo ella explica las características esenciales de la enfermedad. De modo permanente, pero con vividez variable en sus representaciones, una parte de la psique del enfermo se encuentra en lo hipnoide, aprontada siempre, para cuando el pensar de vigilia se relaje, a cobrar imperio sobre el hombre íntegro (ataque, delirio). Ello acontece tan pronto como un afecto intenso perturba el decurso normal de las representaciones, en estados crepusculares o de agotamiento. Desde eso hipnoide persistente penetran en la conciencia representaciones inmotivadas, ajenas a la asociación normal; alucinaciones son arrojadas a la percepción, y actos motores son inervados con independencia de la voluntad conciente. Esta psique hipnoide está habilitada en grado máximo para la conversión de afecto y la sugestión, y así se generan con facilidad nuevos fenómenos histéricos, que de no mediar la escisión psíquica sólo se habrían producido con mucha dificultad y bajo la presión de afectos repetidos. La psique escindida es aquel *demonio* de quien la observación ingenua de épocas antiguas, supersticiosas, creía poseídos a los enfermos. Es cierto que en estos últimos reina un espíritu ajeno a su conciencia despierta; sólo que en realidad no les es ajeno, sino que es una parte de ellos mismos.

El intento aquí aventurado de construir sintéticamente la histeria desde nuestras actuales noticias está expuesto al reproche de eclecticismo, si es que semejante reproche se puede justificar. Ocurre que se debió asignar un sitio en él a tantísimas formulaciones sobre la histeria, desde la vieja «teoría del reflejo» hasta la «disociación de la personalidad». Sin embargo, difícilmente podría ser de otro modo. De la histeria se han ocupado numerosísimos observadores certeros y mentes agudas. Es inverosímil que cada una de sus formulaciones no contuviera una parte de la verdad. Parece indudable que la exposición futura del verdadero estado de cosas habrá de contenerlas a todas, limitándose a combinar, en una realidad de dimensiones plenas, las visiones unilaterales sobre este asunto. Por eso no considero censurable el eclecticismo.

Pero, ¡cuán lejana se halla todavía hoy la posibilidad de ese entendimiento cabal de la histeria! Harto inseguros son los rasgos con que hemos delineado sus contornos, y con unas bien toscas representaciones auxiliares hemos más velado que llenado las lagunas abiertas. Sólo una reflexión nos tranquiliza un poco: he ahí un mal que aqueja, y no puede menos que aquejar, a todas las figuraciones fisiológicas de procesos psíquicos complicados. Para estas es siempre válido lo que de la tragedia dice Teseo en *Sueño de una noche de verano* {de Shakespeare}: «Aun lo mejor en este género no son más que sombras». Por cierto que ni siquiera lo más endeble carece de valor si busca, con fidelidad y modestia, establecer el contorno de esas sombras chinescas que los objetos reales desconocidos proyectan sobre la pared. No obstante, siempre está justificada la esperanza de que haya algún grado de concordancia y de semejanza entre los procesos reales y efectivos y nuestra representación de ellos.

IV. Sobre la psicoterapia de la histeria
(Freud)

En la «Comunicación preliminar» informamos ya que mientras investigábamos la etiología de síntomas histéricos obtuvimos también un método terapéutico al que le adjudicamos valor práctico. «*Descubrimos, en efecto, al comienzo para nuestra máxima sorpresa, que los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto*» [pág. 32].

Procuramos además entender el modo en que nuestro método psicoterapéutico producía sus efectos: «*Cancela la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, porque permite a su afecto estrangulado el decurso a través del decir, y la lleva hasta su rectificación asociativa al introducirla en la conciencia normal (en estado de hipnosis ligera) o al cancelarla por sugestión médica, como ocurre en el sonambulismo con amnesia*» [pág. 42].

Intentaré ahora exponer en orden los alcances de este método, hasta dónde consigue más que otros, cuál es su técnica y las dificultades con que trabaja, por más que lo esencial acerca de esto ya esté contenido en los precedentes historiales clínicos y por ende me resulte imposible evitar las repeticiones en mi exposición.

1

Tengo todo el derecho a decir que sigo sustentando el contenido de la «Comunicación preliminar»; debo confesar, no obstante, que en los años corridos desde entonces —durante los cuales me ocupé de continuo de los problemas allí tratados— se me impusieron unos puntos de vista nuevos, que traerían por consecuencia un agrupamiento y una concepción diversos, al menos en parte, del material consa-

bido en aquel tiempo. Sería injusto que yo pretendiera cargar a mi estimado amigo Josef Breuer con una excesiva responsabilidad por el desarrollo que he mencionado. Por eso ofrezco las elucidaciones siguientes en mi propio nombre, predominantemente.

Cuando intenté aplicar a una serie mayor de enfermos el método de Breuer para la curación de síntomas histéricos por vía de busca y abreacción en la hipnosis, tropecé con dos dificultades, persiguiendo las cuales di en modificar tanto la técnica como la concepción. 1) No eran hipnotizables todas las personas que mostraban síntomas inequívocamente histéricos y en las cuales, con toda probabilidad, reinaba el mismo mecanismo psíquico. 2) Debí tomar posición frente al problema de saber qué, en verdad, caracterizaba a la histeria y la deslindaba de las otras neurosis.

Pospongo para luego comunicar cómo dominé la primera dificultad y qué aprendí de ella. Comenzaré detallando la posición que en la práctica cotidiana tomé frente al segundo problema. Es muy difícil penetrar de una manera acertada un caso de neurosis antes de someterlo a un análisis profundo; o sea un análisis como sólo se lo obtiene aplicando el método de Breuer. Pero la decisión acerca del diagnóstico y la variedad de terapia debe tomarse antes de disponer de esa noticia en profundidad. No me quedaba otro camino, pues, que escoger para el método catártico aquellos casos que era posible diagnosticar provisionalmente como de histeria porque presentaban unos pocos o muchos de los estigmas o síntomas característicos de ella. Y luego me sucedía a menudo obtener pobrísimos resultados terapéuticos a pesar de ese diagnóstico de histeria, pues ni siquiera el análisis sacaba a la luz nada sustantivo. Otras veces intenté tratar con el método de Breuer unas neurosis que nadie habría juzgado como histeria, y descubrí que de esta manera era posible influirlas y aun solucionarlas. Tal me ocurrió, por ejemplo, con las representaciones obsesivas, las auténticas representaciones obsesivas del tipo de Westphal,[1] en casos que por *ninguno* de sus rasgos recordaban a la histeria. Así, no podía ser patognomónico para la histeria el mecanismo psíquico descubierto en la «Comunicación preliminar»; y no pude resolverme, en aras de él, a arrojar todas esas otras neurosis en el mismo casillero de la histeria. De todas las dudas así instiladas me sacó, por último, el plan de tratar a esas otras

[1] [Westphal (1877) hizo una detallada clasificación de ellas.]

neurosis en cuestión como a la histeria, de investigar dondequiera la etiología y la modalidad del mecanismo psíquico, y supeditar a esa indagación el decidir sobre la licitud del diagnóstico de histeria.

Partiendo del método de Breuer, di en ocuparme, pues, de la etiología y el mecanismo de las neurosis en general. Tuve la ventura de llegar en tiempo relativamente breve a unos resultados viables.[2] En primer lugar, se me impuso este discernimiento: hasta donde se podía hablar de una causación por la cual las neurosis fueran *adquiridas*, la etiología debía buscarse en factores *sexuales*. A ello se enhebró el hallazgo de que, universalmente, factores sexuales diferentes producían cuadros también diversos de contracción de neurosis. Y entonces, en la medida en que esta última relación se corroboraba, uno podía atreverse a emplear la propia etiología para una caracterización de las neurosis y trazar una separación nítida entre sus respectivos cuadros clínicos. Ello era lícito en tanto los caracteres etiológicos coincidieran de una manera constante con los clínicos.

De esta manera llegué a la conclusión de que la *neurastenia* respondía en verdad a un monótono cuadro clínico en el que, como los análisis lo demostraban, no desempeñaba ningún papel un «mecanismo psíquico». De la neurastenia se separó tajantemente la *neurosis obsesiva*, la neurosis de las auténticas representaciones obsesivas, en la que se pudieron discernir un complejo mecanismo psíquico, una etiología semejante a la histérica y una vasta posibilidad de reducirla mediante psicoterapia. Por otra parte, me pareció a todas luces indicado separar de la neurastenia un complejo de síntomas neuróticos que depende de una etiología por entero diversa, y aun, consideradas las cosas en su raíz, opuesta; al mismo tiempo, los síntomas parciales de ese complejo se mantienen unidos en virtud de un carácter ya discernido por E. Hecker (1893). Son síntomas, o bien equivalentes y rudimentos, de *exteriorizaciones de angustia*, y por eso he

[2] [Los hallazgos sobre los que se informa en este párrafo y los tres siguientes habían sido ya publicados por Freud en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*) y en su primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*b*). — En lo que sigue debe tenerse presente que más adelante Freud distinguió una nueva entidad clínica a la que dio el nombre de «histeria de angustia»; si bien la angustia era su rasgo más notorio, podía rastrearse en ella un mecanismo psíquico análogo al de la histeria de conversión. Freud hizo su primera exposición amplia de la histeria de angustia en el historial clínico del pequeño Hans (1909*b*), *AE*, **10**, págs. 94-5, y trazó muy claramente el distingo entre la neurosis de angustia y la histeria de angustia en «Sobre el psicoanálisis "silvestre"» (1910*k*), *AE*, **11**, págs. 224-5.]

denominado *neurosis de angustia* a este complejo que cabe separar de la neurastenia. Acerca de ella, he sustentado [Freud, 1895*b*] que sobreviene por la acumulación de una tensión psíquica que es, por su parte, de origen sexual; tampoco esta neurosis tiene un mecanismo psíquico, pero influye sobre la vida psíquica de una manera bien regular, de suerte que «expectativa angustiada», fobias, hiperestesia hacia dolores, etc., se cuentan entre sus exteriorizaciones regulares. Es cierto que esta neurosis de angustia, como yo la entiendo, se superpone parcialmente con la neurosis que bajo el nombre de «hipocondría» suele reconocerse en tantas exposiciones junto a la histeria y la neurastenia; sólo que en ninguna de las elaboraciones ofrecidas hasta hoy puedo juzgar correcto el deslinde de esa neurosis, y hallo que la viabilidad del término «hipocondría» se perjudica por su referencia fija al síntoma del «miedo a la enfermedad».[3]

Después que así me hube fijado los cuadros simples de la neurastenia, la neurosis de angustia y las representaciones obsesivas, abordé la concepción de los casos corrientes de neurosis que entraban en cuenta en el diagnóstico de histeria. Entonces me vi precisado a decir que no corresponde estampar a una neurosis en su totalidad el marbete de «histérica» por el solo hecho de que entre su complejo de síntomas luzca algunos rasgos histéricos. Pude explicarme muy bien esta última práctica por ser la histeria la neurosis más antigua, la mejor conocida y la más llamativa entre las consideradas; no obstante, era una práctica errónea, la misma que había llevado a anotar en la cuenta de la histeria tantos rasgos de perversión y degeneración. Tan pronto como en un caso complicado de degeneración psíquica se descubría un indicio histérico, una anestesia, un ataque característico, se llamaba «histeria» al todo y después, claro está, uno podía reunir bajo esa etiqueta lo más enojoso y lo más contradictorio. Pero si *este* diagnóstico era, con certeza, incorrecto, con igual certeza uno tenía derecho a trazar separaciones por el lado neurótico, y puesto que uno conocía la neurastenia, la neurosis de angustia, etc., en el estado puro, ya no se debía pasarlas por alto en la combinación.

3 [Cf. pág. 252. — Las relaciones entre la hipocondría, la neurastenia y la neurosis de angustia habían sido consideradas por Freud en la parte I de su primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*b*). Mucho más tarde, en sus «Contribuciones para un debate sobre el onanismo» (1912*f*), sugirió que la hipocondría podía sumarse a la neurastenia y la neurosis de angustia como tercera «neurosis actual» —es decir, de etiología puramente física—. Retomó esta idea con mucho más detalle en «Introducción del narcisismo» (1914*c*), *AE*, **14**, págs. 80-3.]

La siguiente concepción pareció entonces la más justificada: Las más de las veces cabe designar «mixtas» a las neurosis corrientes; es cierto que de la neurastenia y la neurosis de angustia se pueden hallar sin dificultad formas puras, sobre todo en jóvenes. Los casos puros de histeria y de neurosis obsesiva son raros; de ordinario estas dos neurosis se combinan con una neurosis de angustia. El hecho de que unas neurosis mixtas se presenten con tanta frecuencia se debe a la frecuencia con que se contaminan sus factores etiológicos; y ello, a veces sólo por azar, y a veces por los nexos causales entre los procesos de los que fluyen aquellos factores etiológicos de las neurosis. No hay dificultad en desarrollar y comprobar esto en los detalles; ahora bien, respecto de la histeria se sigue que es apenas posible desprenderla, para su consideración aislada, de su trabazón con las neurosis sexuales; por regla general constituye sólo un lado, un aspecto del caso neurótico complicado, y sólo en el caso límite, por así decir, se la puede hallar aislada y tratar como tal. Para una serie de casos es lícito decir: «*a potiori fit denominatio*».*

Examinaré los historiales clínicos aquí comunicados para ver si corroboran mi concepción sobre la falta de autonomía clínica de la histeria. Anna O., la paciente de Breuer, parece contradecirlo e ilustrar la contracción de una histeria pura. Sin embargo, este caso, que tan fecundo ha sido para el discernimiento de la histeria, no fue considerado por su observador bajo el punto de vista de la neurosis sexual y hoy es simplemente inutilizable para esto. Cuando yo empecé a analizar a la segunda enferma, la señora Emmy von N., bien lejos me encontraba de esperar una neurosis sexual como suelo de la histeria; acababa de salir de la escuela de Charcot y consideraba el enlace de una histeria con el tema de la sexualidad como una suerte de insulto —al modo en que suelen hacerlo las pacientes mismas—. Cuando hoy repaso mis notas sobre ese caso me resulta de todo punto indudable que debo reconocerlo como una grave neurosis de angustia con expectativa angustiada y fobias, que había nacido de la abstinencia sexual, combinándose con una histeria. El caso 3, el de Miss Lucy R., es quizás el que más merecería ser designado como caso límite de una histeria pura; es una histeria breve, de trascurso episódico y de una etiología inequívocamente sexual, como la que correspondería a una neurosis de angustia; es una muchacha más que madura, necesitada de amor, cuya inclinación despertó demasiado rá-

* {«recibe su denominación por su rasgo más importante».}

pido por un malentendido. Sólo que la neurosis de angustia *no se registraba, o a mí se me escapó*. El caso 4, el de «Katharina», es lisa y llanamente el arquetipo de lo que yo he llamado «angustia virginal» [cf. pág. 143*n*.]; es una combinación de neurosis de angustia e histeria; la primera crea los síntomas, la segunda los repite y trabaja con ellos. Por lo demás, un caso típico de tantas neurosis juveniles llamadas «histerias». El caso 5, el de la señorita Elisabeth von R., tampoco se exploró como neurosis sexual; apenas si pude exteriorizar, sin confirmarla, la sospecha de que una neurastenia espinal le hubiera proporcionado la base [cf. pág. 187*n*.].

Ahora bien, me veo precisado a agregar que desde entonces las histerias puras se han vuelto todavía más raras en mi experiencia; si pude reunir estos cuatro casos como de histeria, y prescindir en su elucidación de los puntos de vista *que son los decisivos para las neurosis sexuales*, la razón de ello reside en que son casos antiguos en los que yo todavía no realizaba la investigación deliberada y penetrante hacia las bases sexuales neuróticas. Y si, en lugar de esos cuatro casos, no he comunicado otros doce de cuyo análisis surge una confirmación para el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos por nosotros aseverado, a tal abstención, digo, me constriñó sólo la circunstancia de que el análisis de estos casos clínicos los reveló al mismo tiempo como unas neurosis sexuales, si bien es cierto que ningún diagnosticador les habría rehusado el «nombre» de histeria. Y el esclarecimiento de tales neurosis sexuales rebasa los marcos de esta nuestra publicación conjunta.

No querría que se me entendiera mal; no es que yo no quiera admitir la histeria como una afección neurótica *independiente, o la conciba como mera exteriorización psíquica* de la neurosis de angustia, o le atribuya meros síntomas «ideógenos» y trasfiera a la neurosis de angustia los síntomas somáticos (puntos histerógenos, anestesias). Nada de eso; opino que la histeria depurada de cualquier contaminación puede ser tratada de manera autónoma en todos los aspectos, salvo en la terapia. En efecto, en la terapia están en juego metas prácticas, la eliminación del estado doliente en su totalidad, y si la histeria se presenta las más de las veces como componente de una neurosis mixta, el caso es sin duda parecido al de las infecciones mixtas donde la conservación de la vida, que se nos impone como tarea, no coincide con la lucha contra los efectos de uno solo de los agentes patológicos.

Entonces, separar, en los cuadros de las neurosis mixtas,

la parte de la histeria de las partes de la neurastenia, la neurosis de angustia, etc., es para mí importantísimo, porque tras ese divorcio puedo dar una expresión precisa al valor terapéutico del método catártico. Me atrevería a aseverar que este —en principio— es harto capaz de eliminar cualquier síntoma histérico, mientras que, como fácilmente se averigua, es por completo impotente frente a los fenómenos de la neurastenia y sólo rara vez, y por unos rodeos, influye sobre las consecuencias psíquicas de la neurosis de angustia. Por eso su eficacia terapéutica dependerá, en el caso singular, de que los componentes histéricos del cuadro clínico puedan reclamar para sí un lugar de relevancia práctica comparados con los otros componentes neuróticos.

Hay una segunda barrera, que ya hemos señalado en la «Comunicación preliminar» [pág. 42], para la eficacia del método catártico: no influye sobre las condiciones causales de la histeria, y por tanto no puede impedir que en lugar de los síntomas eliminados se generen otros nuevos. En líneas generales, pues, tengo que reclamar para nuestro método terapéutico un lugar sobresaliente dentro de los marcos de una terapia de las neurosis, pero yo desaconsejaría apreciarlo o aplicarlo fuera de ese nexo. Como aquí no puedo brindar una «terapia de las neurosis», que sería necesaria para el médico práctico, las precedentes manifestaciones equivalen a remitirlo a alguna comunicación futura; empero, creo poder agregar todavía las siguientes puntualizaciones a modo de desarrollo e ilustración:

1. No sostengo haber eliminado efectivamente todos los síntomas histéricos a que apliqué el método catártico, pero opino que los obstáculos residían en circunstancias personales de esos casos y no eran de principio. Me creo autorizado a desechar, para el veredicto, esos fracasos, así como el cirujano no toma en cuenta, para pronunciarse sobre una nueva técnica, las muertes causadas por la anestesia, la hemorragia posoperatoria, una sepsis casual, etc. Cuando analice los inconvenientes y ventajas del procedimiento, volveré a tratar los fracasos de este origen. [Cf. págs. 305-6.]

2. El método catártico no pierde valor por ser *sintomático* y no *causal*. Es que en verdad una terapia causal no es las más de las veces sino profiláctica, suspende el ulterior desarrollo de la afección, pero no necesariamente elimina con ello los productos que ella ha dado hasta el momento. Por regla general se requiere de una segunda acción que solucione esta tarea, y para ese fin, en el caso de la histeria, el método catártico es de una idoneidad insuperable.

3. Donde se ha superado un período de producción histérica, un paroxismo histérico agudo, y las secuelas son sólo unos síntomas histéricos como fenómenos residuales, el método catártico es satisfactorio para todas las indicaciones y alcanza éxitos plenos y duraderos. Esta constelación favorable para la terapia se presenta no rara vez en el ámbito de la vida sexual, justamente, a consecuencia de las grandes oscilaciones que la necesidad sexual muestra en su intensidad y de la complicación de las condiciones requeridas para un trauma sexual. Aquí el método catártico rinde todo lo que se le puede exigir, pues el médico no pretenderá alterar una constitución como la histérica; tiene que darse por contento si elimina el padecer al cual es proclive esa constitución y que puede surgir de ella con la cooperación de condiciones externas. Se dará por contento si el enfermo ha recuperado su productividad. Por otra parte, ello no le quita todo consuelo en cuanto al futuro, por lo que atañe a la posibilidad de una recidiva. Conoce este carácter rector en la etiología de las neurosis: que su génesis las más de las veces está *sobredeterminada* [cf. pág. 223, *n.* 17], es preciso que varios factores se conjuguen para ello; tiene permitido esperar que esa conjugación no haya de sobrevenir enseguida otra vez, por más que algunos de los factores etiológicos permanezcan vigentes.

Podría objetarse que en estos casos de histeria ya pasada los síntomas residuales desaparecerán de todas maneras espontáneamente; pero debe responderse que tal curación espontánea no suele discurrir muy rápida ni completa, y la intervención de la terapia la promueve extraordinariamente. Y por ahora es bien lícito dejar sin resolver este problema: si con la terapia catártica uno cura sólo lo que es susceptible de curación espontánea, o en ocasiones también otras cosas que espontáneamente no se habrían solucionado.

4. Toda vez que uno haya tropezado con una histeria aguda, un caso en su período de más viva producción de síntomas histéricos y el consecuente avasallamiento[4] del yo por los productos de la enfermedad (psicosis histérica), el método catártico modificará poco en la impresión y la trayectoria de ese caso clínico. Uno se encuentra entonces frente a la neurosis en la misma situación del médico frente a una enfermedad infecciosa aguda. Los factores etiológicos han ejercido su efecto en un tiempo ya trascurrido, que se sustrae de nuestro influjo; lo hicieron en la medida suficiente, y ahora, superado el intervalo de incubación, se vuel-

[4] [Cf. Freud (1950*a*), Manuscrito K, *AE*, **1**, págs. 262-9.]

ven manifiestos; no se puede quebrar la afección, es preciso aguardar a que discurra y, entretanto, establecer las condiciones más favorables para el enfermo. Y si durante uno de esos períodos agudos se eliminan los productos de la enfermedad, los síntomas histéricos recién generados, hay que prepararse para ver cómo los eliminados son sustituidos enseguida por otros nuevos. No le será ahorrada al médico la deprimente impresión de un trabajo de Sísifo, de algo imposible; el enorme gasto de esfuerzos, la insatisfacción de los parientes, difícilmente tan familiarizados con la idea de la necesaria duración de una neurosis aguda como, en el caso análogo, de la de una enfermedad infecciosa aguda: es probable que todo ello, y aun otras cosas, impidan en la mayoría de estos casos la aplicación consecuente del método catártico. Sin embargo, debe tomarse muy en cuenta que quizás, aun en una histeria aguda, la eliminación de los productos de la enfermedad uno por uno ejerza un influjo curativo al prestar apoyo al yo normal empeñado en la defensa y precaverlo del avasallamiento, de la caída en la psicosis, acaso en la confusión definitiva.

Todo lo que es capaz de rendir el método catártico aun en la histeria aguda, y el hecho de que él limita, de una manera notable en la práctica, la neoproducción de síntomas patológicos, he ahí lo que nos ilustra indudablemente la historia de Anna O., en quien Breuer aprendió a emplear por primera vez este procedimiento psicoterapéutico.

5. Cuando se trata de histerias de trayectoria crónica, con una producción moderada pero incesante de síntomas histéricos, ahí es cuando uno aprende a lamentar más la falta de una terapia de eficacia causal, pero también a estimar mejor el valor del procedimiento catártico como terapia sintomática. En efecto, uno se enfrenta a los quebrantos causados por una etiología de persistencia crónica; lo que más interesa es fortalecer al sistema nervioso del enfermo en su capacidad de resistencia, y es forzoso decirse que la existencia de un síntoma histérico constituye para ese sistema nervioso un debilitamiento de su resistencia y un factor predisponente a la histeria. Como se desprende del mecanismo de la histeria monosintomática, un nuevo síntoma histérico se forma con la máxima facilidad por efecto de arrastre y por analogía con uno preexistente; el lugar ya abatido una vez (cf. pág. 214) constituye un punto débil que lo será también la vez siguiente; el grupo psíquico antaño escindido desempeña el papel del cristal provocador del cual surge con la mayor facilidad una cristalización que de otro modo no sobrevendría [pág. 139]. Eliminar los sín-

tomas preexistentes, cancelar las alteraciones psíquicas que están en su base, equivale a devolver al enfermo la plena dimensión de su capacidad de resistencia, con la cual quizá se vuelva capaz de contrarrestar la injerencia del quebranto. Es mucho lo que se puede hacer por esos enfermos mediante una vigilancia prolongada y continua, y una ocasional «*chimney-sweeping*» (pág. 55).

6. Parece que todavía debo dar sitio a la aparente contradicción que se plantea al admitir que no todos los síntomas son psicógenos y sostener luego que todos pueden ser eliminados mediante un procedimiento psicoterapéutico. La solución reside en que una parte de estos síntomas no psicógenos se cuentan, sí, entre los signos patológicos, pero no se los puede designar como padecimiento (tales, los estigmas); entonces, en la práctica no importa diferencia si sobreviven a la tramitación terapéutica del caso clínico. Respecto de otros de esos síntomas, parece cierto que siguiendo algún rodeo son arrastrados por los síntomas psicógenos, tal como quizá también por algún rodeo dependan de una causación psíquica.

Ahora debo considerar aquellas dificultades e inconvenientes de nuestro proceder terapéutico que no han de resultar evidentes para todo el mundo por los historiales clínicos que anteceden ni por las puntualizaciones que han de seguir sobre la técnica del método. Más que desarrollarlos en detalle, los enumeraré y señalaré.

El procedimiento es trabajoso e insume al médico mucho tiempo, supone un gran interés por los hechos psicológicos y, al mismo tiempo, una simpatía personal hacia los enfermos. No puedo imaginarme que yo lograra profundizar en el mecanismo psíquico de una histeria en una persona que se me antojara vulgar o desagradable, que en el trato más asiduo no fuera capaz de despertar una simpatía humana, mientras que sí puedo realizar el tratamiento de un enfermo de tabes o de reumatismo con independencia de ese agrado personal. Las condiciones que se piden a los enfermos no son menores. Por debajo de cierto nivel de inteligencia el procedimiento es absolutamente inaplicable, y cualquier contaminación de debilidad mental lo dificulta de manera extraordinaria. Uno necesita de la plena aquiescencia, la plena atención de los enfermos, pero sobre todo de su confianza, puesto que el análisis por regla general lleva hasta los procesos psíquicos más íntimos y sobre los cuales se guarda mayor secreto. Una buena parte de los enfermos que serían

aptos para éste tratamiento escapan del médico tan pronto como vislumbran la dirección en que se moverán las investigaciones de este. Para ellos, el médico ha seguido siendo un extraño. En el caso de otros, que se han resuelto a ponerse en sus manos y concederle su confianza —que de ordinario va de suyo, y el médico no tiene que pedirla—, en estos, digo, difícilmente se pueda evitar que la relación personal con el médico se adelante hasta el primer plano de manera abusiva, al menos durante algún tiempo; y aun parece que esa injerencia del médico fuera la condición bajo la cual, únicamente, se puede solucionar el problema.[5] Y no creo que nada esencial se modifique en ese estado de cosas según que uno pueda servirse de la hipnosis o se vea precisado a eludirla y sustituirla. Sólo que en aras de la justicia se debe destacar que esos inconvenientes, si bien inseparables de nuestro procedimiento, no pueden imputársele a él. Parece evidente que tienen su fundamento en las precondiciones de las neurosis que el método está destinado a curar, y adhieren a cualquier actividad médica que se acompañe de un cuidado intenso por el enfermo y produzca en él una alteración psíquica. Al empleo de la hipnosis no puedo reconducir daño ni peligro algunos, habiendo yo utilizado generosamente ese recurso en casos diversos. Toda vez que provoqué perjuicios, las razones de ello se situaban en otra parte y a mayor profundidad. Si arrojo una mirada panorámica sobre los empeños terapéuticos de estos años, desde que las comunicaciones de mi estimado maestro y amigo Josef Breuer pusieron en mis manos el método catártico, creo haber producido, en mayor medida y más frecuentemente que unos daños, beneficiosos resultados, y logrado hartas cosas que ningún otro método terapéutico habría conseguido. Ha sido, en líneas generales, tal como se lo expresó en la «Comunicación preliminar», una sustantiva ganancia terapéutica [pág. 42].

Debo destacar una ganancia más debida al empleo de este procedimiento. No sé entender mejor un caso difícil de neurosis complicada, con mayor o menor contaminación histérica, que sometiéndolo a un análisis con el método de Breuer. De ese modo se remueve todo cuanto muestre un mecanismo histérico; y entretanto, a raíz de este análisis, he aprendido a interpretar el resto de los fenómenos y a reconducirlo a su etiología, obteniendo así los puntos de apoyo para saber qué arma, entre la panoplia de la teoría de la neurosis, es la indicada en el respectivo caso. Si considero

[5] [Este tema se examina con más extensión *infra*, págs. 305 y sigs.]

mi habitual diferencia de juicio acerca de un caso de neurosis *antes* y *después* de realizar ese análisis, a punto estoy de tenerlo por indispensable para tomar conocimiento de cualquier afección neurótica. Además, me he acostumbrado a unir la aplicación de la psicoterapia catártica a una cura de reposo, que, si es necesario, ha de ampliarse hasta una cura plena de sobrealimentación en el sentido de Weir Mitchell. Obtengo entonces la ventaja de evitar por una parte la injerencia, tan perturbadora en el curso de una psicoterapia, de nuevas impresiones psíquicas, y por la otra la de excluir el aburrimiento que esta última cura supone, y en la cual no rara vez los enfermos caen en una dañina ensoñación. Uno esperaría que el trabajo psíquico, a menudo muy considerable, que en el curso de una cura catártica se arroja sobre las espaldas del enfermo resultara contraproducente para la *cura de reposo*, como Weir Mitchell la entiende, a raíz de sus excitaciones en la reproducción de vivencias traumáticas, estorbando así los resultados que uno está habituado a ver con esa cura. Sin embargo, lo contrario es cierto; mediante esa combinación entre las terapias de Breuer y de Weir Mitchell, uno obtiene toda la mejoría corporal que se espera de esta última, así como un amplio influjo psíquico, como jamás se lo produciría en la cura de reposo sin psicoterapia.[6]

2

Reanudo ahora mis anteriores puntualizaciones [pág. 264]: a raíz de mis intentos de extender la aplicación del método de Breuer a un radio más vasto tropecé con la dificultad de que algunos enfermos no eran hipnotizables, aunque el diagnóstico indicaba histeria y declaraba probable la vigencia del mecanismo psíquico por nosotros descrito. Como la hipnosis me hacía falta para ensanchar la memoria, para hallar los recuerdos patógenos ausentes en la conciencia ordinaria, debía renunciar a esos enfermos o bien procurar por otro camino ese ensanchamiento.

¿A qué se debía que unos fueran hipnotizables y otros no? He ahí algo que yo no sabía indicar más que otros; no podía, por consiguiente, emprender un camino causal para

[6] [Freud había publicado un comentario favorable (1887*b*) del libro de Weir Mitchell sobre el tratamiento de ciertas formas de neurastenia y de histeria.]

eliminar la dificultad. Sólo noté que en algunos pacientes el impedimento se remontaba un paso más atrás; se rehusaban ya al intento de hipnosis. Di luego en la ocurrencia de que ambos casos pudieran ser idénticos y significaran un no querer. Así, sería no hipnotizable quien tuviera un reparo psíquico contra la hipnosis, lo exteriorizara o no como un no querer. No me ha quedado en claro si me es lícito atenerme a esta concepción.

Pero era preciso sortear la hipnosis y, a pesar de ello, obtener los recuerdos patógenos. Lo conseguí de la siguiente manera.

Cuando en la primera entrevista preguntaba a mis pacientes si recordaban la ocasión primera de su síntoma, unos decían no saberla, y otros aportaban alguna cosa que designaban como un recuerdo oscuro, y no podían seguirlo. Y si yo entonces, siguiendo el ejemplo de Bernheim cuando despertaba impresiones del sonambulismo presuntamente olvidadas (cf. pág. 127), insistía, les aseguraba a los enfermos de las dos clases mencionadas que no obstante lo sabían, que ya se acordarían, etc., a los primeros se les ocurría algo y en los otros el recuerdo conquistaba otra pieza. Entonces yo me volvía más insistente aún, ordenaba a los enfermos acostarse y cerrar los ojos deliberadamente para «concentrarse», lo cual ofrecía al menos cierta semejanza con la hipnosis; de este modo hice la experiencia de que sin mediar hipnosis alguna afloraban nuevos y más remotos recuerdos que con probabilidad eran pertinentes para nuestro tema. Tales experiencias me dejaron la impresión de que un mero esforzar {*Drängen*} podía hacer salir a la luz las series de representaciones patógenas cuya presencia era indudable, y como ese esforzar costaba empeños y me sugería la interpretación de tener que superar yo una resistencia, traspuse sin más ese estado de cosas a la teoría según la cual *mediante mi trabajo psíquico yo tenía que superar en el paciente una fuerza que contrariaba el devenir-conciente (recordar) de las representaciones patógenas.* Una inteligencia nueva pareció abrírseme cuando se me ocurrió que esa podría ser la misma fuerza psíquica que cooperó en la génesis del síntoma histérico y en aquel momento impidió el devenir-conciente de la representación patógena. ¿Qué clase de fuerza cabía suponer ahí eficiente, y qué motivo pudo llevarla a producir efectos? Me resultó fácil formarme opinión sobre esto; disponía ya de algunos análisis completos en los que había tomado noticia de unas representaciones patógenas, olvidadas y llevadas fuera de la conciencia. Y averigüé un carácter general de tales representaciones; todas ellas eran

de naturaleza penosa, aptas para provocar los afectos de la vergüenza, el reproche, el dolor psíquico, la sensación de un menoscabo: eran todas ellas de tal índole que a uno le gustaría no haberlas vivenciado, preferiría olvidarlas. De ello se desprendía, como naturalmente, la idea de la *defensa.* En efecto, era de universal consenso entre los psicólogos que la admisión de una nueva representación (admisión en el sentido de la creencia, atribución de realidad) depende de la índole y de la dirección de las representaciones ya reunidas en el interior del yo; y ellos han creado particulares nombres técnicos para el proceso de la censura [7] a que es sometida la recién llegada. Ante el yo del enfermo se había propuesto una representación que demostró ser inconciliable {*unverträglich*}, que convocó una fuerza de repulsión {*Abstossung*} del lado del yo cuyo fin era la *defensa* frente a esa representación inconciliable. Esta defensa prevaleció de hecho, la representación correspondiente fue esforzada afuera de la conciencia y del recuerdo, y en apariencia era ya imposible pesquisar su huella psíquica. Empero, esa huella tenía que estar presente. Cuando yo me empeñaba en dirigir la atención hacia ella, sentía como *resistencia* a la misma fuerza que en la génesis del síntoma se había mostrado como *repulsión.* Y la cadena parecía cerrada siempre que yo pudiera tornar verosímil que la representación se había vuelto patógena justamente a consecuencia de la expulsión {*Ausstossung*} y represión {*Verdrängung*, esfuerzo de desalojo}. En varias epicrisis de nuestros historiales clínicos, así como también en un breve trabajo sobre las neurosis de defensa (1894*a*), he intentado indicar las hipótesis psicológicas con ayuda de las cuales uno puede volver intuible ese nexo: el hecho de la conversión.

Vale decir: una fuerza psíquica, la desinclinación del yo, había originariamente esforzado afuera de la asociación la representación patógena, y ahora [8] contrariaba su retorno en el recuerdo. Por tanto, el no saber de los histéricos era en verdad un... no querer saber, más o menos conciente, y la tarea del terapeuta consistía en superar esa *resistencia de asociación* mediante un trabajo psíquico. Esta operación se consuma en principio mediante un «esforzar», un empleo de compulsión {*Zwang*} psíquica, a fin de orientar la atención de los enfermos hacia las huellas de representación buscadas. Mas no se agota con ello, sino que, como he de mostrarlo,

[7] [Parece ser esta la primera oportunidad en que se menciona el término en una obra impresa de Freud.]

[8] [«*Jetzt*». Esta palabra sólo figura en la primera edición; en todas las demás se la omite, probablemente por accidente.]

cobra en la trayectoria de un análisis otras formas y reclama en su auxilio otras fuerzas.

Por ahora me detendré en el esforzar. No se llega muy lejos con el simple aseguramiento: «Usted lo sabe, dígalo ya, ahora mismo se le ocurrirá». A las pocas frases se le corta el hilo aun al enfermo que se encuentra «concentrado». Pero no se debe olvidar que por doquier se trata aquí de un cotejo cuantitativo, de la lucha entre motivos de potencia o intensidad diferentes. La «resistencia a la asociación» en una histeria grave posee un poder que el esforzar del médico extraño y desconocedor de la cosa misma no puede igualar. Es preciso pensar en un recurso más poderoso.

Con este propósito yo me sirvo en primer término de un pequeño artificio técnico. [Cf. pág. 127 y *n.*] Anticipo al enfermo que le aplicaré enseguida una presión sobre su frente; le aseguro que, mientras dure esa presión y al cabo de ella, verá ante sí un recuerdo en forma de imagen, o lo tendrá en el pensamiento como ocurrencia, y lo comprometo a comunicarme esa imagen o esa ocurrencia, cualquiera que ella fuere. Le digo que no tiene permitido reservárselo por opinar, acaso, que no es lo buscado, lo pertinente, o porque le resulta desagradable decirlo. Nada de crítica ni de reserva, ya provengan del afecto o del menosprecio. Le afirmo que sólo así podremos hallar lo buscado, que así lo hallaremos infaliblemente. Luego presiono durante unos segundos la frente del enfermo situado ante mí, lo libro de la presión y le pregunto con tono calmo, como si estuviera descartada cualquier decepción: «¿Qué ha visto usted?» o «¿Qué se le ha ocurrido?».

Además de enseñarme mucho, este procedimiento me llevó siempre a la meta; hoy ya no puedo prescindir de él. Desde luego, sé que podría sustituir esa presión sobre la frente por alguna otra señal o influjo corporal sobre el enfermo, pero como este se halla delante de mí, presionarle la frente o tomarle la cabeza entre mis manos resulta ser lo más sugestivo y cómodo que pueda emprender con ese fin. Para explicar la eficacia de este artificio yo podría decir, tal vez, que corresponde a una «hipnosis momentánea reforzada»; no obstante, el mecanismo de la hipnosis me resulta tan enigmático que preferiría no requerirlo para esa elucidación. Juzgo que la ventaja del procedimiento reside más bien en que por medio de él yo disocio la atención del enfermo de su busca y meditación concientes, en suma, de todo aquello en lo cual pudiera exteriorizarse su voluntad, semejante en esto a lo que se consigue quedándose absorto

en una bola de cristal, etc.[9] Ahora bien, he aquí la enseñanza que extraigo de que bajo la presión de mi mano acuda siempre lo que yo busco: La representación patógena supuestamente olvidada está aprontada siempre «en las cercanías», se la puede alcanzar mediante unas asociaciones de fácil tránsito; sólo se trata de remover algún obstáculo. Ese obstáculo parece ser, también aquí, la voluntad de la persona, y personas diferentes hallan diversos grados de dificultad para despojarse de sus propósitos y adoptar una conducta de observación enteramente objetiva de los procesos psíquicos en el interior de ellas.[10]

No siempre es un recuerdo «olvidado» el que aflora bajo la presión de la mano; es rarísimo que los recuerdos genuinamente patógenos se hallen tan en la superficie. Con mucho mayor frecuencia emerge una representación que dentro de la cadena asociativa es un eslabón entre la representación de partida y la buscada, patógena, o una representación que constituye el punto de partida de una nueva serie de pensamientos y recuerdos, a cuyo término se sitúa la representación patógena. Entonces, la presión no ha puesto en descubierto la representación patógena —la cual, por lo demás, separada del contexto, sin preparación, sería ininteligible—, pero ha señalado el camino hacia ella, la dirección en que debe avanzar la búsqueda. Por eso la representación primero despertada por aquel artificio puede ser un recuerdo consabido, nunca reprimido. Toda vez que en el camino hacia la representación patógena vuelva a cortarse la ilación, es preciso repetir el procedimiento, la presión, a fin de procurar una orientación y un anudamiento nuevos.

En otros casos, aun, mediante la presión de la mano se evoca un recuerdo que es consabido en sí mismo para el enfermo, pero cuya aparición le causa asombro porque ha olvidado su vínculo con la representación de partida. Ese vínculo se comprobará en la ulterior trayectoria del análisis. De todos estos resultados del presionar, uno obtiene la engañosa impresión de una inteligencia superior que es-

[9] [El papel desempeñado en la técnica del hipnotismo por la distracción de la atención conciente fue discutido por Freud muchos años más tarde, en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921*c*), *AE*, **18**, pág. 120. En una nota al pie de ese pasaje se suministran otras referencias sobre el uso de idéntico mecanismo en la telepatía y en el chiste. Cf. también «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*), *AE*, **3**, pág. 177.]

[10] [La dificultad que experimentan algunas personas para adoptar esta actitud acrítica fue examinada por Freud con más extensión en *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **4**, págs. 122-5.]

taría fuera de la conciencia del enfermo, mantendría cohesionado con determinados fines un gran material psíquico e instauraría un ordenamiento pleno de sentido para su retorno a la conciencia. Yo conjeturo que esa inteligencia segunda, inconciente, es sólo una apariencia.

En todo análisis complicado uno trabaja repetidas veces —en verdad de continuo— con ayuda de este procedimiento (la presión sobre la frente), que ora enseña, desde el punto en que cesaron las reconducciones del enfermo en la vigilia, el ulterior camino, pasando por unos recuerdos que han permanecido notorios; ora llama la atención sobre nexos que cayeron en el olvido, luego convoca y enfila recuerdos que desde muchos años atrás estaban sustraídos de la asociación, a pesar de lo cual todavía se los puede discernir como recuerdos, y, como operación suprema de la reproducción, hace aflorar pensamientos que el enfermo nunca quiere reconocer como los suyos, que él no *recuerda*, si bien admite que el contexto los exige imprescindiblemente, y, en ese trascurso, se convence de que esas representaciones, y no otras, producen el cierre del análisis y la cesación de los síntomas.

Trataré de exponer algunos ejemplos de los notables logros de este procedimiento técnico.

Una joven a la que trato padece de una insufrible *tussis nervosa* que se arrastra desde hace seis años; es evidente que se ha cebado en un catarro común, pero es imposible que no tenga sus fuertes motivos psíquicos. Hace mucho tiempo ya que cualquier otra terapia se muestra impotente; intento, pues, cancelar el síntoma por el camino del análisis psíquico. Ella sólo sabe que su tos nerviosa empezó, a los catorce años, estando de pensionista en casa de una tía; de excitaciones psíquicas en ese tiempo no quiere saber nada, no cree en una motivación del padecimiento. Bajo la presión de mi mano se acuerda, por primera vez, de un gran perro. Luego discierne la imagen mnémica: era un perro de su tía que se le había aficionado, la acompañaba a todas partes, etc. Pues sí: ahora se le ocurre, sin más ayuda, que ese perro se murió, los niños lo han enterrado solemnemente, y cuando volvía de ese sepelio le apareció la tos. Yo pregunto por qué, pero me veo precisado a ayudarla de nuevo mediante la presión; acude entonces este pensamiento: «Ahora estoy completamente sola en el mundo. Nadie me ama aquí; este animal era mi único amigo, y ahora lo he perdido». — Y prosigue el relato: «La tos des-

apareció cuando me fui de casa de la tía, pero reemergió un año y medio después». — «¿Por qué razón?». — «No lo sé». — Vuelvo a presionar: se acuerda de la noticia sobre la muerte de su tío, a raíz de la cual estalló de nuevo la tos, y una ilación de pensamientos similar. Al parecer, ese tío había sido el único en la familia que la tratara con cariño, él la había amado. Esa era, entonces, la representación patógena: A ella no la aman, prefieren a cualquier otro antes que a ella, tampoco merece ella ser amada, etc. Pero a la representación del «amor» iba adherido algo para cuya comunicación se elevaba tenaz resistencia. El análisis se interrumpió antes de esclarecerlo.

Hace algún tiempo debí librar de sus ataques de angustia a una dama que por sus cualidades de carácter apenas si era apta para intentar esta clase de influjo. Desde la menopausia se había vuelto desmedidamente piadosa y todas las veces me recibía como si yo fuera el mismo demonio, armada de un pequeño crucifijo de marfil que escondía en la mano. Sus ataques de angustia, que tenían carácter histérico, se remontaban a los comienzos de su doncellez y supuestamente eran debidos al uso de un preparado de yodo con el que habían debido tratarle una inflamación leve de la tiroides. Desde luego, yo desestimé esa derivación y procuré sustituirla por otra más acorde a mis opiniones sobre la etiología de los síntomas neuróticos. A la primera pregunta por alguna impresión de su mocedad que se situara en una trama causal con los ataques de angustia, afloró, bajo la presión de mi mano, el recuerdo de la lectura de un llamado «libro edificante» donde había una mención, harto santurrona, de los procesos sexuales. El pasaje en cuestión hizo a la muchacha una impresión contraria a la intención del autor; rompió a llorar y arrojó lejos el libro. Esto fue antes del primer ataque de angustia. Una segunda presión sobre la frente de la enferma convocó una reminiscencia más próxima, el recuerdo de un educador de sus hermanos varones que le testimoniaba gran aprecio y por quien ella había concebido una cálida simpatía. Ese recuerdo culminaba en la reproducción de una velada en la casa paterna en que todos ellos, junto con ese joven, estaban sentados en torno de la mesa y mantenían una plática preciosísima e incitante. La noche que siguió a esa velada la despertó el primer ataque de angustia, mucho más relacionado con la revuelta frente a una moción sensual que con el yodo que simultáneamente le aplicaban. — ¿De qué otra manera habría tenido yo plenas esperanzas de descubrir semejante nexo contra lo que la enferma opinaba y aseve-

raba, una enferma que adoptaba una actitud tan refractaria frente a mí como frente a cualquier terapia profana?

Otro caso fue el de una señora joven, dichosa en su matrimonio, a quien ya en su temprana mocedad hallaban cada mañana durante un rato en un estado de estupor, los miembros rígidos, la boca abierta y la lengua afuera, y ahora repetía al despertar ataques parecidos, aunque no tan serios. Una hipnosis profunda se demostró irrealizable; empecé entonces la busca en el estado de concentración y le aseguré que a la primera presión vería algo que tendría relación directa con las causas de ese estado en su niñez. Su comportamiento fue tranquilo y aquiescente: vio la vivienda en que había pasado sus primeros años de muchacha, su habitación, la posición de su cama, la abuela que entonces vivía con ellos, y a una de sus gobernantas, que la había amado mucho. Varias pequeñas escenas en esos sitios y entre esas personas, en verdad todas cosas nimias, se siguieron; como conclusión, la despedida de la gobernanta, que se alejaba de la casa para contraer matrimonio. Yo no atinaba a nada con tales reminiscencias, no me resultaba posible establecer un vínculo entre ellas y la etiología de los ataques. Y, por otra parte, diversas circunstancias indicaban que esa era la misma época en que los ataques aparecieron por primera vez. Antes que yo pudiera continuar el análisis, tuve oportunidad de hablar con un colega que años atrás había sido el médico de la familia de mi paciente. De él recibí el siguiente esclarecimiento: En la época en que trató por aquellos primeros ataques a esta muchacha adolescente, de muy bien desarrollado cuerpo, le llamó la atención la hipertrófica ternura del trato entre ella y la gobernanta alojada en la casa. Le entraron sospechas y movió a la abuela a que vigilara ese trato. Al poco tiempo la anciana señora estuvo en condiciones de informarle que la gobernanta solía hacer a la niña visitas nocturnas en la cama, y con toda regularidad, tras esas noches, la hallaban con el ataque. No vacilaron en alejar, discretamente, a esta corruptora de niños. Los niños, y la misma madre, quedaron con la creencia de que la gobernanta abandonaba la casa para casarse. — En cuanto a la terapia, exitosa de primera intención, consistió en comunicarle yo a la señora el esclarecimiento que me habían dado.

En ocasiones, los informes que uno recibe mediante el procedimiento de presionar se consiguen en forma harto asombrosa y bajo circunstancias que pintan aún más atractivo el supuesto de una inteligencia inconciente. A propósito de esto me acuerdo de una dama que desde hacía mu-

chos años padecía de representaciones obsesivas y fobias, y que con respecto a la génesis de su padecer me remitió a su infancia, pero no sabía nombrar qué tendría ahí la culpa. Era sincera e inteligente, y ofrecía una resistencia conciente notablemente baja. (Puntualizo aquí que el mecanismo psíquico de las representaciones obsesivas tiene muy estrecho parentesco con el de los síntomas histéricos, y para ambos la técnica del análisis es la misma.) Al preguntarle yo si bajo la presión de mi mano había visto algo o le acudió algún recuerdo, respondió: «Ni una cosa ni la otra, pero de repente se me ha ocurrido una palabra». — «¿Una palabra sola?». — «Sí, pero suena demasiado estúpida». — «Dígala usted lo mismo». — «Casero». — «¿Nada más?». — «No». — Presiono por segunda vez, y hete ahí que vuelve a acudirle una palabra aislada, que se le pasa por la mente: «Camisón». Tomé entonces nota de estar frente a una novedosa manera de responder, y por medio de repetidas presiones promoví una serie de palabras en apariencia carentes de sentido: Casero–Camisón–Cama–Ciudad–Carromato. «¿Qué quiere decir eso?», pregunté. Meditó un momento, y luego se le ocurrió: «Sólo puede tratarse de una historia que ahora me viene a la mente. Cuando yo tenía diez años, y doce la hermana que me seguía en edad, cierta noche tuvo ella un ataque de furia y fue preciso atarla y llevarla a la ciudad en un carromato. Sé con exactitud que fue el casero quien la dominó y luego la acompañó también al sanatorio». — Proseguimos entonces con esta modalidad de la busca, y nos enteramos por nuestro oráculo de otras series de palabras que, es cierto, no podían interpretarse como un conjunto, pero se valorizaron para proseguir aquella historia y para anudar una segunda. También la significatividad de esta reminiscencia se obtuvo enseguida. La enfermedad de su hermana le había hecho una impresión tan honda porque ambas compartían un secreto; dormían en la misma habitación y cierta noche habían debido soportar ambas los ataques sexuales de una persona del sexo masculino. Ahora bien, con la mención de ese trauma sexual de la temprana juventud no sólo quedaba al descubierto el origen de las primeras representaciones obsesivas, sino también el trauma que tiempo después habría de ejercer efectos patógenos. — Lo raro de este caso consistió únicamente en el afloramiento de consignas aisladas que debimos procesar en oraciones; en efecto, la apariencia de no guardar relación y ser inconexas es propia de todas las ocurrencias y escenas que suelen acudir a la presión, tal y como sucedió con aquellas

palabras pronunciadas a la manera de un oráculo. Persiguiéndolas, por regla general se descubre que las reminiscencias en apariencia inconexas están estrechamente enlazadas por unas ataduras de pensamiento y llevan por la vía más directa al momento patógeno buscado.

A raíz de esto me viene a la memoria un caso de análisis en que mi confianza en los resultados del presionar fue sometida primero a dura prueba, para justificarse luego brillantemente. Una joven señora, muy inteligente y en apariencia muy dichosa, me había consultado a raíz de un pertinaz dolor en el abdomen que no cedía a la terapia. Discerní que el dolor tenía su sede en la pared del vientre, se lo podía referir a unos endurecimientos musculares palpables, y ordené un tratamiento local. Pasados unos meses volví a ver a la enferma, quien me dijo: «Después del tratamiento aconsejado el dolor aquel pasó, y durante largo tiempo no lo sentí; pero ahora ha retornado como dolor nervioso. Lo conozco en que no lo tengo por obra de ciertos movimientos, como antes, sino sólo a determinadas horas, por ejemplo a la mañana al levantarme y a raíz de cierta clase de emociones». — El diagnóstico de la dama era bien correcto; ahora era preciso hallar la causa de ese dolor, y en estado no influido, en nada pudo ella ayudarme. Concentrada y bajo la presión de mi mano, cuando le pregunté si se le ocurría o veía algo, se decidió por el ver y empezó a describirme sus imágenes visuales. Vio algo como un sol con rayos, lo que yo desde luego hube de considerar un fosfeno producido por presión sobre los ojos. Yo esperaba que siguiera algo más utilizable, pero ella prosiguió: «Estrellas de una rara luz azulina como la luz lunar, etc.», todas cosas que yo consideré centelleos, resplandores y puntos luminosos ante los ojos. Ya me disponía a incluir el intento entre los fallidos, y meditaba sobre el mejor modo de salir del paso discretamente, cuando una de las apariciones que ella describió llamó mi atención: Una gran cruz negra, tal lo que vio; estaba inclinada, en sus bordes rielaba el mismo destello como de luz lunar en que estaban envueltas todas sus anteriores imágenes, y sobre su travesaño tremolaba una llamita; evidentemente, eso ya no era un fosfeno. Presté oídos entonces: vinieron luego imágenes masivas embebidas en la misma luz, raros signos, parecidos acaso a escritura en sánscrito, además figuras como triángulos, entre ellas un triángulo grande; de nuevo la cruz... Esta vez conjeturo un significado alegórico y pregunto: «¿Qué significa esta cruz?». — «Es probable que denote el dolor», repuso ella. — Le objeto que por «cruz»

las más de las veces uno entendería un peso moral; ¿qué se oculta tras ese dolor? — No sabe decirlo y prosigue entregada a sus visiones: Un sol con dorados rayos, que ella sabe interpretar: es Dios, la fuerza primordial; luego una lagartija gigantesca que ella mira curiosa, pero no aterrada; después un montón de serpientes, después de nuevo un sol, pero con suaves y argentados rayos, y ante ella, entre su persona y esa fuente de luz, una reja, que le esconde el centro del sol. Hace tiempo he caído en la cuenta de que estoy frente a unas alegorías, y enseguida pregunto por el significado de la última imagen. Responde sin vacilar: «El sol es la perfección, el ideal, y la reja son mis flaquezas y defectos, que se interponen entre mí y el ideal». — «¿Entonces se hace usted reproches, está descontenta consigo misma?». — «Sin duda». — «¿Y ello desde cuándo?». — «Desde que soy miembro de la Sociedad Teosófica y leo los escritos que ha publicado. Pero siempre tuve baja opinión de mí misma». — «¿Qué le ha hecho últimamente la impresión más fuerte?». — «Una traducción del sánscrito que ahora aparece por entregas». — Un minuto después, estoy iniciado en los combates que se libran en su alma, en los reproches que se hace, y me entero de una pequeña vivencia que le dio ocasión para un reproche, y a raíz de la cual emergió el anterior dolor orgánico como resultado de una conversión de excitación. — Las imágenes que al comienzo yo había tenido por unos fosfenos eran símbolos de pensamientos ocultistas, acaso directamente emblemas de las portadas de libros ocultistas.

Acabo de elogiar con tanto ardor los logros de este procedimiento auxiliar que consiste en la presión sobre la frente, y durante todo ese tiempo he descuidado tan totalmente el punto de vista de la defensa o de la resistencia, que, con seguridad, pude despertar la impresión de que por medio de este pequeño artificio uno estaría en condiciones de dominar los obstáculos psíquicos con que tropieza una cura catártica. Sin embargo, grave error sería creerlo así; hasta donde yo lo veo, no existen tales ganancias en la terapia; aquí, como dondequiera, para grandes cambios se requiere un trabajo grande. El procedimiento de la presión no es más que un ardid para sorprender por un momento al yo que se place en la defensa; en todos los casos serios este vuelve sobre sus propósitos y prosigue su resistencia.

Debo considerar las diversas formas en que se presenta esa resistencia. Sobre todo, la primera o segunda vez suele

fracasar el ensayo de presión. El enfermo exterioriza entonces, muy decepcionado: «He creído que se me ocurriría algo, pero sólo pensé cuán tenso estoy ante ello; no me ha venido nada». Sin embargo, este «acomodarse» del paciente no se debe incluir entre los obstáculos; uno le dice: «Es que estaba usted demasiado curioso; la segunda vez dará resultado». Y, en efecto, da resultado. Es singular cuán a menudo los enfermos —incluidos los más dóciles e inteligentes— pueden olvidar por completo el compromiso que acaban de contraer. Han prometido decir todo cuanto se les ocurra bajo la presión de la mano, no importa que les parezca o no pertinente, vale decir, sin seleccionarlo ni dejar que lo influyan la crítica o el afecto. Y bien; no mantienen su promesa, es algo superior a sus fuerzas. En todos los casos el trabajo se atasca, una y otra vez aseveran que ahora no se les ocurre nada. Uno no debe creerles; uno debe suponer siempre, y también exteriorizarlo, que ellos se reservan algo porque no lo consideran importante o lo sienten penoso. Uno persevera en esto, repite la presión, se finge infalible, hasta que efectivamente se entera de algo. Entonces el enfermo agrega: «A eso ya se lo habría podido decir la primera vez». — «¿Y por qué no lo dijo?». — «No he podido hacerme a la idea de que pudiera ser *eso*. Sólo cuando retornó todas las veces me resolví a decirlo». — O bien: «He esperado que no fuera justamente eso; esperé poder ahorrarme el decirlo; sólo cuando eso no se dejó reprimir {desalojar} advertí que nada me sería dispensado». — De tal suerte, el enfermo deja traslucir con posterioridad {*nachträglich*} los motivos de una resistencia que al comienzo no quería confesar. Es evidente que él no puede operar otra cosa que una resistencia.

Esa resistencia se esconde a menudo tras singulares subterfugios. «Hoy estoy disperso, me perturban el reloj o el piano que tocan en la habitación vecina». Yo he aprendido a responder a eso: «De ninguna manera; usted ahora tropieza con algo que preferiría no decir. De nada le vale. Persevere usted». — Mientras más prolongada resulta la pausa entre la presión de mi mano y la exteriorización del enfermo, tanto más desconfiado me vuelvo y más es de temer que el enfermo se aderece lo que se le ha ocurrido y lo mutile en la reproducción. Los esclarecimientos más importantes suelen venir anunciados como unos superfluos adornos, cual los príncipes disfrazados de mendigos en la ópera: «Ahora se me ha ocurrido algo, pero no vale para nada. Sólo se lo digo porque usted pide saberlo todo». Así introducida, las más de las veces llega luego la solución por tanto tiem-

po ansiada; siempre aguzo el oído cuando escucho a los enfermos hablar con tanto menosprecio de una ocurrencia. En efecto, es signo de una defensa lograda que las representaciones patógenas hayan de aparecer como de tan escasa sustancia en su reafloramiento; de ahí uno puede inferir en qué consistió el proceso de la defensa: en tornar débil la representación fuerte, arrancarle el afecto.

Al recuerdo patógeno se lo discierne, pues, entre otros rasgos distintivos, por el hecho de que los enfermos lo tildan de inesencial y lo enuncian sólo con resistencia. Hay también casos en que el enfermo todavía procura desmentirlo en su retorno: «Ahora se me ha ocurrido algo, pero es evidente que usted me lo ha insinuado», o «Yo sé lo que usted espera de esa pregunta. Sin duda cree que he pensado en esto y estotro». Una manera particularmente lista de la desmentida consiste en decir: «Es cierto que ahora se me ha ocurrido algo, pero se me antoja que tal vez yo lo he agregado arbitrariamente; no me parece que sea un pensamiento reproducido». — En todos estos casos yo me mantengo inconmovible, no entro en ninguna de esas distinciones, sino que le declaro al enfermo: «Esas no son más que formas y pretextos de la resistencia a reproducir un recuerdo que, a pesar de todo ello, no podríamos menos que reconocer».

En el retorno de imágenes uno tiene en general menos dificultades que en el de pensamientos; los histéricos, que en su mayoría son «visuales», no son tan difíciles para el analista como la gente con representaciones obsesivas. Una vez que una imagen afloró desde el recuerdo, es posible que uno le escuche al enfermo decir que se hace jirones y pierde nitidez en la misma medida en que él avanza en su descripción. *El enfermo la desmonta, por así decir, al trasponerla en palabras.* Entonces, para hallar la dirección por la cual debe avanzar el trabajo, uno se orienta siguiendo la propia imagen mnémica. «Contemple usted de nuevo la imagen. ¿Ha desaparecido?». — «En su conjunto sí, pero veo todavía este detalle». — «Entonces eso tiene todavía algo para significar. Usted verá algo nuevo sobre eso, o bien se le ocurrirá algo a raíz de ese resto». — Cuando el trabajo está terminado, el campo visual se muestra otra vez libre, uno puede sonsacar otra imagen. Pero otras veces la imagen persiste, obstinada, ante la visión interna del enfermo, por más que este la haya descrito; para mí es un signo de que aún tiene que decirme algo importante sobre el tema de la imagen. Tan pronto él lo consuma, la imagen desaparece como se apacigua un espíritu redimido.

Desde luego, es de alto valor para el progreso del análisis que uno siempre lleve razón frente al enfermo; de lo contrario se depende de lo que él tenga a bien comunicar. Por eso es consolador enterarse de que el procedimiento del presionar en verdad nunca falla, prescindiendo de un único caso que luego consideraré [págs. 305 y sigs.], pero que desde ahora puedo caracterizar puntualizando que corresponde a un particular motivo de la resistencia. Puede ocurrir, por cierto, que el procedimiento se aplique en circunstancias en que le sea imposible producir nada; por ejemplo, si uno indaga por la ulterior etiología de un síntoma estando ella ya agotada, o por la genealogía psíquica de un síntoma, de un dolor tal vez, que en verdad era un dolor somático; en estos casos, de igual manera, el enfermo asevera que no se le ocurre nada, y tiene toda la razón. Uno se guardará de hacerle injusticia si se atiene siempre y absolutamente a la regla de no perder de vista durante el análisis los gestos del que yace en posición de reposo. Uno aprende entonces a distinguir sin dificultad entre el reposo anímico por falta efectiva de toda reminiscencia, y la tensión y los signos de afecto bajo los cuales el enfermo busca desmentir, al servicio de la defensa, la reminiscencia que aflora. Por lo demás, sobre tales experiencias se basa el empleo del procedimiento de la presión con fines de diagnóstico diferencial.

Por consiguiente, aun con auxilio del procedimiento de la presión el trabajo no es fácil. Sólo se ha obtenido una ventaja, a saber, que por los resultados de ese procedimiento uno averigua la dirección en que debe investigar y las cosas en que es preciso insistir al paciente. Para muchos casos, basta con ello; en lo esencial se trata de que yo colija el secreto y se lo diga en la cara al enfermo; por fuerza él resignará casi siempre su desautorización. En otros casos necesito más; la perduración de la resistencia del enfermo se muestra en que los nexos permanecen desgarrados, faltan las soluciones, las imágenes recordadas acuden no nítidas e incompletas. Uno se asombra a menudo, si desde un período posterior del análisis arroja una mirada retrospectiva a uno anterior, de cuán mutiladas estaban todas las ocurrencias y escenas que se le arrancaron al enfermo mediante el procedimiento de presionar. Les faltaba justamente lo esencial, el vínculo con la persona o el tema; por eso la imagen permanecía ininteligible.

Daré uno o dos ejemplos de los efectos que produce esa actividad censuradora a raíz del primer afloramiento de los recuerdos patógenos. El enfermo ve un busto de mujer con la ropa algo entreabierta, como por abandono; sólo

mucho después agrega a ese torso la cabeza, revelando ahora una persona y un vínculo. O refiere una reminiscencia de su niñez acerca de dos varoncitos cuyo rostro le es del todo oscuro; de ellos se rumoreaba que habían hecho cierto desaguisado. Hicieron falta muchos meses y grandes progresos en la marcha del análisis para que volviera a ver esa reminiscencia y discerniera en uno de los niños a sí mismo, y en el otro a su hermano. Ahora bien, ¿de qué medios se dispone para superar esta continuada resistencia?

Son escasos, pero son casi todos los medios de que dispone de ordinario un ser humano para ejercer influjo psíquico sobre otro. Uno debe decirse ante todo que la resistencia psíquica, en particular una constituida desde hace largo tiempo, sólo se puede resolver de manera lenta y poco a poco, y es preciso armarse de paciencia. Además, es lícito contar con el *interés intelectual* que empieza a moverse en el enfermo apenas comenzado el trabajo. En la medida en que se lo esclarece, en que se le hacen comunicaciones sobre el maravilloso mundo de los procesos psíquicos, del cual uno mismo ha obtenido visiones en virtud de tales análisis, se lo lleva a considerarse a sí mismo con el interés objetivo del investigador y, así, se esfuerza hacia atrás la resistencia, que descansa sobre una base afectiva. Pero, por último —y esta sigue siendo la palanca más poderosa—, es preciso intentar, después que uno ha colegido estos motivos de su defensa, desvalorizarle los motivos o aun sustituírselos por unos más poderosos. Aquí, por cierto, cesa la posibilidad de resumir en fórmulas la actividad psicoterapéutica. Uno actúa como mejor pueda, en calidad de esclarecedor, si la ignorancia ha producido miedos; de maestro, de exponente de una concepción del mundo más libre y superior; de confesor, que por así decir imparte la absolución mediante la asistencia que no ceja y el respeto que no desmaya tras la *confesión;* uno procura ayudar humanamente al enfermo hasta donde lo consienten el alcance de la propia personalidad y el grado de simpatía que pueda brindar por el caso en cuestión. Este quehacer psíquico exige, como indispensable premisa, que uno haya colegido en términos aproximados la naturaleza del caso y los motivos de la defensa en él eficaz; y por suerte la técnica del esforzar, y el procedimiento de la presión, alcanzan para ello. Y quizá, mientras más enigmas de esta índole uno ya haya solucionado, más fácil le resultará colegir uno nuevo, pudiendo abordar antes, en esa misma medida, el trabajo psíquico verdaderamente curativo. En efecto, es bueno tener esto bien en claro: Puesto que el enfermo sólo se libera

del síntoma histérico reproduciendo las impresiones patológicas causadoras y declarándolas bajo una exteriorización de afecto, la tarea terapéutica *consiste sólo en moverlo a ello*, y una vez solucionada esa tarea no le resta al médico nada más para corregir ni cancelar. Todo cuanto le hace falta en materia de contrasugestiones ya se utilizó durante la lucha contra la resistencia. El caso es comparable a la apertura de una puerta cerrada con llave, tras lo cual no ofrece dificultad ninguna accionar el picaporte para abrirla.

Junto a los motivos intelectuales a que se apela para superar la resistencia, rara vez se podrá prescindir de un factor afectivo, el prestigio personal del médico; y en cierto número de casos, este último será el único capaz de levantar la resistencia. Pero en toda la medicina sucede lo propio, y uno no se permitiría alentar a ningún método terapéutico para que renunciara enteramente a ese factor personal.

3

En vista de lo expuesto en la sección anterior: las dificultades de mi técnica, que revelé sin miramiento alguno, y aun compilando los casos más difíciles —pues de ordinario los tropiezos serán mucho menores—; en vista de ese estado de la cuestión, digo, cada quien no podrá menos que preguntar si no sería más adecuado, en lugar de todos esos trabajos, empeñarse con energía en la hipnosis o limitar la aplicación del método catártico a los enfermos a quienes se pueda poner en hipnosis profunda. A esta última propuesta debo responder que, dada *mi* destreza, se me reduciría de manera excesiva el número de los pacientes aptos; y en cuanto al primer consejo, le opondría la conjetura de que imponiendo a la fuerza la hipnosis no nos ahorraríamos gran cosa de la resistencia. Mis experiencias sobre esto son, curiosamente, escasísimas, y por eso no puedo ir más allá de la conjetura; pero toda vez que realicé la cura catártica en la hipnosis, y no en la concentración, no por ello hallé reducido mi trabajo. No hace mucho culminé un tratamiento así, en cuya trayectoria doblegué una *parálisis histérica de las piernas*. La paciente caía en un estado que era muy diverso de la vigilia en lo psíquico, y en lo somático se caracterizaba por el hecho de no poder ella abrir los ojos ni levantarse antes que yo la exhortara: «¡Ahora, despiértese!»; no obstante, en ningún caso hallé

una resistencia mayor que en este. No atribuí valor alguno a estos signos corporales y, por otra parte, hacia el final del tratamiento —que duró alrededor de diez meses—, se habían vuelto imperceptibles; mas no por ello el estado de la paciente, dentro del cual trabajábamos, había perdido ninguna de sus propiedades psíquicas:[11] la capacidad para recordar lo inconciente, el particularísimo vínculo con la persona del médico. En el historial de la señora Emmy von N. he descrito, es verdad, una cura catártica realizada en el más profundo sonambulismo y en que la resistencia no desempeñó casi ningún papel. Sólo que de esta señora no averigüé nada que requiriera una particular superación, nada que no hubiera podido referirme ella misma en la vigilia de haber existido un trato más largo y alguna estima. No di en la pista de las genuinas causas de su enfermedad, seguramente idénticas a las causas de las recidivas que sufrió después de mi tratamiento —era el suyo mi primer ensayo en esta terapia—, y la única vez que le demandé una reminiscencia en que se entreveraba alguna porción de erotismo [págs. 98-9] la hallé tan renuente y tan poco confiable en sus indicaciones como luego a cualquiera de mis pacientes no sonámbulas. Ya en el historial clínico mencioné la resistencia de esta señora, aun en el sonambulismo, a otros reclamos y exhortaciones. Y en general, el valor de la hipnosis para facilitar curas catárticas se me ha vuelto dudoso tras vivenciar ejemplos de indocilidad terapéutica absoluta, no obstante existir, en sonambulismo profundo, una notable obediencia en otros terrenos. Acabo de comunicar un caso de esta índole; podría agregar otros. Por lo demás, confieso que esta experiencia no ha correspondido mal a mi postulación de hallar una relación cuantitativa entre causa y efecto también en el ámbito psíquico [como en el físico].[12]

En lo que va de mi exposición se nos ha situado en el primer plano la idea de la *resistencia*; he mostrado cómo a raíz del trabajo terapéutico uno se ve llevado a la concepción de que la histeria se genera por la represión, desde la fuerza motriz de la defensa, de una representación inconciliable; de que la representación reprimida permanece

[11] [Sólo en la primera edición figura la palabra «psíquicas», omitida en todas las siguientes.]

[12] [Acerca del período durante el cual Freud empleó las técnicas de la «presión» y del «hipnotismo», respectivamente, se hallarán algunas observaciones *supra*, pág. 128*n*.]

como una huella mnémica débil (menos intensa), y el afecto que se le arrancó es empleado para una inervación somática: conversión de la excitación. Entonces, justamente en virtud de su represión, la representación se vuelve causa de síntomas patológicos, vale decir, patógena ella misma. A una histeria que muestre este mecanismo psíquico se le puede adherir la designación de «*histeria de defensa*». Ahora bien, ambos, Breuer y yo, hemos hablado repetidas veces de otras dos variedades de histeria, para las cuales empleamos las designaciones de «*histeria hipnoide*» e «*histeria de retención*». De todas, fue la histeria hipnoide la primera en introducirse en nuestro campo visual; no sabría citar mejor ejemplo de ella que el primer caso de Breuer, que encabeza nuestras historias clínicas.[13] Para una histeria hipnoide de este tipo, Breuer ha indicado un mecanismo psíquico esencialmente diverso de la defensa con conversión, a saber: que una representación devendrá patógena por el hecho de que ella, concebida en un particular estado psíquico, permanece de antemano fuera del yo. No ha hecho falta entonces ninguna fuerza psíquica para apartarla del yo, y tampoco se despertará resistencia alguna si se la introduce en el yo con auxilio de la actividad mental sonámbula. Por lo demás, el historial clínico de Anna O. no muestra en realidad nada de una tal resistencia.

Esta diferencia me parece tan esencial que, movido por ella, de buena gana me atendría a la postulación de la histeria hipnoide. En mi experiencia, curiosamente, nunca he tropezado con una histeria hipnoide genuina; todas las que abordé se me mudaron en histerias de defensa. No es que nunca haya tropezado con síntomas de los que pudiera demostrarse que se generaron en estado de conciencia segregados, por lo cual forzosamente quedarían excluidos de su recepción en el yo. En mis casos sucedía esto a veces, pero siempre pude demostrar que el llamado estado hipnoide debía su segregación a la circunstancia de imperar en él un grupo psíquico escindido con anterioridad por vía de defensa. En suma: no puedo aventar la sospecha de que histeria hipnoide y de defensa coincidan en algún lugar de sus raíces, y que, en tal caso, la defensa sea lo primario. Pero no sé nada más sobre esto.

Igualmente incierto es por ahora mi juicio sobre la «histeria de retención» [cf. pág. 222 y *n.*], en la cual, de la

13 [En las compilaciones alemanas de escritos de Freud (*Gesammelte Schriften*, 1925, y *Gesammelte Werke*, 1952), que no incluyen el historial de Anna O., han sido omitidas las cinco últimas palabras.]

misma manera, el trabajo terapéutico se lograría sin resistencia. Tuve un caso que yo consideraba una típica histeria de retención, y ya me regocijaba por el fácil y seguro éxito; pero este no llegó, si bien el trabajo fue realmente liviano. Conjeturo por eso, de nuevo con toda la reserva que la ignorancia impone, que también en la histeria de retención ha de hallarse en el fondo una porción de defensa que ha esforzado todo el proceso hacia lo histérico. En cuanto a saber si con esta tendencia a extender el concepto de defensa a toda la histeria no corro el riesgo de caer en unilateralidad y error, esperemos que nuevas experiencias lo decidan pronto.

Hasta ahora he tratado de las dificultades y la técnica del método catártico, y me gustaría agregar algunas indicaciones sobre el modo en que se plasma un análisis con esa técnica. Es para mí un tema harto interesante, pero no puedo esperar que despierte igual interés en otros que todavía no hayan realizado un análisis así. Volveremos a hablar, pues, de técnica, pero ahora nos referiremos a las dificultades de contenido por las cuales no se puede responsabilizar a los enfermos, y que en una histeria hipnoide o de retención por fuerza serán en parte las mismas que en la histeria de defensa que yo tengo presente como modelo. Abordo este último tramo de mi exposición con la expectativa de que las propiedades psíquicas aquí reveladas puedan alcanzar alguna vez, como material en bruto, algún valor para una dinámica de las representaciones.

La primera y más fuerte impresión que uno recibe a raíz de un análisis de este tipo es sin duda que el material psíquico patógeno, supuestamente olvidado, no esté a disposición del yo ni desempeñe papel alguno en la asociación y el recuerdo, a pesar de lo cual se encuentre aprontado de alguna manera, y por cierto en buen y correcto orden. Por eso se trata sólo de eliminar resistencias que bloquean su camino. Pero en lo demás su modo de devenir sabido[14] es el común, el requerido para que lleguemos a saber cualquier cosa; los enlaces correctos de las representaciones singulares entre sí y con representaciones no patógenas, recordadas con frecuencia, preexisten, se consumaron en su tiempo y fueron guardados en la memoria. El material psíquico pató-

[14] [«*Gewusst*» («sabido») sólo figura en la primera edición; en todas las siguientes ediciones en alemán se lee «*bewusst*» («conciente»), que parece mucho menos apropiado al sentido de la frase.]

geno aparece como la propiedad de una inteligencia que no necesariamente le va en zaga a la del yo normal. Harto a menudo la apariencia de una segunda personalidad nos atrae de la manera más engañosa.

En cuanto a saber si esta impresión está justificada, o bien en realidad trasladamos hacia atrás, hacia la época de la enfermedad, el ordenamiento del material psíquico que resulta tras la tramitación, he ahí unas cuestiones que preferiría no considerar aún, ni hacerlo en este lugar. Comoquiera que fuese, no hay medio más cómodo ni más plástico para describir las experiencias hechas a raíz de tales análisis que situarse en el punto de vista que se está autorizado a adoptar *después* de la tramitación para abarcar panorámicamente el todo.

La situación casi nunca es tan simple como se la ha presentado para casos particulares, por ejemplo un síntoma singular, nacido en un gran trauma. Las más de las veces no se tiene un síntoma histérico único, sino un conjunto de ellos en parte independientes entre sí, en parte enlazados. No se debe esperar un único recuerdo traumático y, como su núcleo, una única representación patógena, sino que es preciso estar preparado para encontrarse con series de traumas parciales y encadenamientos de ilaciones patógenas de pensamiento. La histeria traumática monosintomática es por así decir un organismo elemental, un ser unicelular, por comparación con la compleja ensambladura de una neurosis histérica comparativamente grave[15] como la que de ordinario hallamos.

El material psíquico de una histeria así se figura como un producto multidimensional de por lo menos *triple estratificación.* Espero poder justificar pronto este modo de expresión figurado. En primer lugar estuvieron presentes un *núcleo* de recuerdos (recuerdos de vivencias o de ilaciones de pensamiento) en los cuales ha culminado el momento traumático o halló su plasmación más pura la idea patógena. En torno de este núcleo hallamos una muchedumbre, a menudo de increíble riqueza, de un material mnémico de diversa índole que en el análisis es preciso reelaborar {*durcharbeiten*} y presenta, como dijimos, un triple ordenamiento.

Primero, es inequívoco un *ordenamiento lineal cronológico* que tiene lugar dentro de cada tema singular. Como ejemplo me limito a citar el ordenamiento en el análisis de Anna O. por Breuer. El tema era el de volverse sorda, de

15 [«*Schwereren*» («comparativamente grave») en la primera y segunda ediciones; en todas las siguientes, «*schweren*» («grave»).]

no oír; este se diferenció luego siguiendo siete condiciones, y bajo cada uno de estos títulos se agruparon entre diez y más de cien recuerdos singulares en secuencia cronológica [pág. 60]. Era como si se exhumara un archivo mantenido en perfecto orden. En el análisis de mi paciente Emmy von N. se contienen parecidos fascículos de recuerdos, si bien no fueron expuestos en enumeración tan exhaustiva: ellos forman, de cualquier modo, un rasgo general de todo análisis, y afloran cada vez en un orden cronológico tan infalible como lo es el de la secuencia de los días de la semana o de los meses en una persona de mente normal; además, dificultan el trabajo del análisis por la peculiaridad de invertir, en la reproducción, la secuencia de su génesis: la vivencia más fresca y reciente del fascículo aparece primero como «hoja de cubierta», y la hoja de cierre está constituida por aquella impresión con que en realidad empezó la serie.

He designado como formación de un *tema* ese agrupamiento de recuerdos de la misma variedad en una multiplicidad estratificada en sentido lineal, al modo de un fajo de actas, de un paquete, etc. Ahora bien, esos temas muestran una segunda manera de ordenamiento: están —no puedo expresarlo de otro modo— *estratificados de manera concéntrica en torno del núcleo patógeno.* No es difícil señalar qué constituye esa estratificación, ni la magnitud creciente o decreciente siguiendo la cual se produce ese ordenamiento. Son *estratos de resistencia*, creciente esta última hacia el núcleo, y con ello *zonas de igual alteración de conciencia* dentro de las cuales se extienden los temas singulares. Los estratos más periféricos contienen, de diversos temas, aquellos recuerdos (o fascículos) que se rememoran con facilidad y fueron siempre claramente concientes; cuanto más hondo se cala, con mayor dificultad se disciernen los recuerdos aflorantes, hasta que, en la proximidad del núcleo, se tropieza con aquellos que el paciente desmiente aun en la reproducción.

Es esta peculiaridad de la estratificación concéntrica del material psíquico patógeno la que confiere, como veremos, sus rasgos característicos a la trayectoria de tales análisis. Nos resta ahora por consignar un tercer tipo de ordenamiento, el más esencial y sobre el cual resulta más difícil formular un enunciado universal. Es el *ordenamiento según el contenido de pensamiento*, el enlace por los hilos lógicos que llegan hasta el núcleo, enlace al cual en cada caso puede corresponderle un camino irregular y de múltiples vueltas. Ese ordenamiento posee un carácter dinámico, por oposición al morfológico de las dos estratificaciones antes mencionadas. Mientras que estas podrían figurarse, en un esquema espa-

cial, mediante unas líneas uniformes, ya fueran curvas o rectas, uno tendría que seguir la marcha del encadenamiento lógico con una línea quebrada que por los más enredados caminos fuera de los estratos superficiales a los profundos, y regresara a los primeros, si bien avanzando en general desde la periferia hasta el núcleo central, viéndose así obligada a tocar todas las estaciones; semejante, pues, a la línea zigzagueante que describe la solución de un gambito de caballo en el tablero de ajedrez.

Retengo esta última comparación sólo por un momento, a fin de poner de relieve un punto en que ella no da razón de las propiedades del término comparado. El nexo lógico no se corresponde con una línea quebrada en zigzag, sino más bien con un sistema de líneas ramificadas, y muy en particular convergentes. Tiene puntos nodales en los que coinciden dos o más hilos, que desde ahí vuelven a devanarse unidos; y en el núcleo desembocan por regla general varios hilos de trayectorias separadas o que muestran a trechos conexiones laterales. Para decirlo con otras palabras: es muy notable cuán a menudo un síntoma es *de determinismo múltiple, de comando múltiple* {*mehrfach determiniert, überbestimmt.*} [Cf. pág. 223, *n.* 17.]

Me falta introducir una sola complicación más para terminar mi ensayo de volver intuible la organización del material psíquico patógeno. Puede ocurrir que en el material patógeno haya en juego más de un núcleo, por ejemplo cuando toca analizar un segundo estallido histérico que tiene su propia etiología, pero se entrama con un primer estallido de histeria aguda, superado años atrás. Es fácil imaginar cuántos estratos y caminos de pensamiento vendrán a sumarse para establecer una conexión entre ambos núcleos patógenos.

Anudaré todavía algunas pocas puntualizaciones a la imagen así obtenida de la organización del material patógeno. Acerca de este material hemos enunciado que se comporta como un cuerpo extraño; y la terapia opera también como la remoción de un cuerpo extraño del tejido vivo. Ahora estamos en condiciones de inteligir en qué falla esta comparación. Un cuerpo extraño no entra en ninguna clase de conexión con los estratos tisulares que lo rodean, si bien los altera, los constriñe a la inflamación reactiva. Nuestro grupo psíquico patógeno, en cambio, no se puede extirpar limpiamente del yo, pues sus estratos más externos traspasan omnilateralmente hacia sectores del yo normal, y en verdad pertenecen a este último no menos que a la organización patógena. La frontera entre ambos es trazada por el análisis ora aquí, ora allá, de una manera puramente convencional, y en

ciertos puntos ni siquiera se la puede indicar. Los estratos internos se enajenan del yo más y más, sin que la frontera visible de lo patógeno comience en parte alguna. La organización patógena no se comporta genuinamente como un cuerpo extraño, sino, mucho más, como una infiltración. En este símil, debe suponerse que la resistencia es lo que infiltra. La terapia no consiste entonces en extirpar algo —hoy la psicoterapia es incapaz de tal cosa—, sino en disolver la resistencia y así facilitar a la circulación el camino por un ámbito antes bloqueado.

(Me sirvo aquí de una serie de símiles, todos los cuales poseen sólo una semejanza muy limitada con mi tema y ni siquiera se concilian entre sí. Lo sé, y no corro el riesgo de sobrestimar su valor. Pero me guía el propósito de volver intuible desde diversos ángulos un objeto de pensamiento en extremo complejo y que nunca había sido expuesto. Por eso solicito la licencia de seguir esparciendo aquí y allí, en las páginas que siguen, unas comparaciones de esa índole, en verdad no inobjetables.)

Si, tras una tramitación completa, uno pudiera exhibir a un tercero el material patógeno en toda su compleja organización multidimensional, ahora discernida, él tendría todo el derecho de preguntar cómo pasó semejante camello por el ojo de la aguja. Es que no se está equivocado al hablar de un «estrechamiento de la conciencia». El término cobra sentido y vida para el médico que realiza un análisis de esa índole. Nunca puede ingresar en el yo-conciencia {*Ich-Bewusstsein*} más que un único recuerdo; el enfermo, ocupado en la reelaboración {*Durcharbeitung*} de ese solo, no ve nada de lo que esfuerza detrás y olvida lo que ya ha pasado. Y si el dominio sobre este solo recuerdo patógeno tropieza con dificultades, por ejemplo si el enfermo no relaja la resistencia a él, si quiere reprimirlo o mutilarlo, entonces ese paso de estrechura, por así decir, se obstruye; el trabajo se atasca, nada más puede pasar por ahí, y ese recuerdo solo que se encuentra en el pasadizo permanecerá ante el enfermo hasta que lo haya aceptado en la anchura del yo. De tal suerte, toda la masa, espacialmente extensa, del material patógeno se filtrará como por una estrecha hendidura, y así alcanzará la conciencia como descompuesta en fragmentos o jirones. Es tarea del psicoterapeuta recomponer desde ahí la organización conjeturada. Quien siga gustando de las comparaciones, puede acordarse aquí de un juego de rompecabezas.

Si se está por iniciar un análisis de este tipo, en que uno tiene derecho a esperar una organización del material pa-

tógeno como la descrita, puede aprovecharse de los siguientes resultados de la experiencia: *Es totalmente infructuoso avanzar en forma directa hasta el núcleo de la organización patógena.* Y aunque uno fuera capaz de colegirla, el enfermo no sabría qué hacer con el esclarecimiento que se le obsequia, ni sería alterado psíquicamente por este último.

No tenemos más remedio que mantenernos al comienzo en la periferia del producto psíquico patógeno. Uno empieza por hacer que el enfermo cuente lo que sabe y recuerda, en lo cual uno ya dirige su atención y supera resistencias leves aplicando el procedimiento de la presión. Toda vez que por medio del presionar uno haya abierto un nuevo camino, puede esperar que durante un trecho el enfermo avanzará libre de nueva resistencia.

Cuando se ha trabajado un tiempo de esta manera, suele moverse en el enfermo un empeño de colaborar. Se le ocurren una multitud de reminiscencias sin que sea preciso hacerle preguntas o proponerle tareas; es que acaba de facilitarse el camino dentro de un estrato interno, en el cual el enfermo dispone ahora espontáneamente del material de igual resistencia. Se hará bien en dejarlo reproducir durante algún tiempo sin ejercer influjo sobre él; es cierto que él mismo no es capaz de descubrir importantes nexos, pero es conveniente dejar en sus manos el desmontar materiales dentro del mismo estrato. Las cosas que aporta de ese modo parecen a menudo inconexas, pero proporcionan el material que cobrará vida mediante un nexo discernido más tarde.

Aquí es preciso guardarse en general de dos cosas. Si uno inhibe al enfermo en la reproducción de las ocurrencias que le afluyen, es posible que quede «enterrado» mucho de lo que luego será preciso, empero, liberar con gran trabajo. Por otra parte, no es lícito sobrestimar su «inteligencia» inconciente ni confiarle la guía de todo el trabajo. Si quisiera yo esquematizar el modo de trabajar, podría decir, tal vez, que uno toma a su cargo la apertura de estratos más internos, el avance en el sentido radial, mientras que el enfermo se encarga del ensanchamiento periférico.

Ese avance se produce superando resistencias de la manera ya indicada. Pero por regla general es preciso resolver antes otra tarea. Hay que adueñarse de un tramo del hilo lógico, pues sólo con su guía puede uno esperar adentrarse en lo interior. No se espere que las comunicaciones libres del enfermo, el material de los estratos que las más de las veces son los superficiales, faciliten al analista discernir los lugares desde donde penetrar en lo profundo, los puntos a que se anudan los nexos de pensamiento buscados. Al con-

trario; eso, justamente, se oculta con todo cuidado, la exposición del enfermo suena como completa y en sí congruente. Frente a ella se está primero como frente a una pared que bloquea toda perspectiva y no deja vislumbrar si detrás se esconde algo, ni qué puede esconderse.

Ahora bien, si se escruta con ojo crítico la exposición que se ha recibido del enfermo sin gran trabajo ni resistencia, se descubrirán en ella, infaliblemente, lagunas y fallas. Aquí es visible que el nexo se ha roto y el enfermo lo completa como puede, con un giro, con un expediente insatisfactorio;[16] allá, se tropieza con un motivo que en un hombre normal se designaría pueril. El enfermo no quiere reconocer estas lagunas cuando se le llama la atención sobre ellas. Pero el médico hará bien en buscar por detrás de esos puntos débiles el acceso al material de los estratos más hondos, si justamente aquí espera hallar los hilos de la trama que pesquisa mediante el procedimiento de la presión. Uno le dice entonces al enfermo: «Se equivoca usted; es imposible que lo que señala tenga algo que ver con lo pertinente. Aquí por fuerza tropezaremos con alguna otra cosa que a usted se le ocurrirá bajo la presión de mi mano».

En efecto, es lícito plantear a una ilación de pensamiento en un histérico, por más que ella alcance hasta lo inconciente, los mismos requerimientos de enlace lógico y motivación suficiente que se pedirían en el caso de un individuo normal. Un aflojamiento de tales vínculos no es de incumbencia de la neurosis. Si los enlaces entre representaciones de los neuróticos y, en especial, de los histéricos causan una impresión diversa; si aquí la relación entre las intensidades de diferentes representaciones no parece explicable a partir de condiciones psicológicas solamente, ya nos hemos anoticiado de la razón de esa apariencia y sabemos nombrarla como *existencia de motivos escondidos, inconcientes.* Tenemos derecho, pues, a conjeturar tales motivos secretos dondequiera que se registre uno de aquellos saltos en la trama, o que se trasgreda la medida de una motivación justificada normalmente.

Desde luego, en ese trabajo es preciso librarse del prejuicio teórico de que uno trataría con cerebros anormales de *dégénérés* {degenerados} y *déséquilibrés* {desequilibrados},[17] que poseerían como un estigma la licencia para desechar las leyes psicológicas ordinarias de la conexión de representa-

16 [En la primera edición, «bastante insatisfactorio».]

17 [La concepción sostenida a la sazón por los psicopatólogos franceses.]

ciones, y en quienes una representación cualquiera podría devenir hiperintensa sin motivo alguno, y otra permanecer indestructible sin razón. Para la histeria, la experiencia muestra lo contrario; desovillados los motivos escondidos —que a menudo han permanecido inconcientes—, y tomados ellos en cuenta, nada resta de enigmático ni de contrario a la regla en el enlace histérico de los pensamientos.

De esa manera, pues, por las pistas que ofrecen unas lagunas en la primera exposición del enfermo, a menudo encubiertas por «enlaces falsos» [cf. pág. 306], pilla uno cierto tramo del hilo lógico en la periferia y desde ahí, mediante el procedimiento de la presión, facilita {*bahnen*} el ulterior camino.

Es muy raro que se logre llegar hasta lo interior por ese mismo hilo; las más de las veces este se corta antes, pues la presión falla, no brinda resultado alguno o lo brinda tal que ni con todo empeño se puede aclarar o proseguir. Uno aprende enseguida a guardarse, en ese caso, de los equívocos que acechan. Son los gestos del enfermo los que han de decidir si en efecto se ha llegado a un cabo o se ha tropezado con un caso que no ha menester de esclarecimiento psíquico, o bien si es una hipertrófica resistencia la que impone la detención del trabajo. Si no se puede eliminar esta última enseguida, es lícito suponer que uno ha perseguido el hilo hasta un estrato que por ahora sigue siendo impenetrable. Uno lo abandona para tomar otro hilo que acaso perseguirá hasta ahí mismo. Y si con todos los hilos uno ha dado en ese estrato, y tiene ahí descubiertos los nudos en razón de los cuales cada hilo aislado no se podía perseguir más, puede proponerse un nuevo asalto a la inminente resistencia.

Es fácil imaginar cuán complicado puede volverse un trabajo semejante. Superando de continuo resistencias, uno esfuerza el ingreso a estratos internos, obtiene noticia sobre los temas almacenados en ese estrato y sobre los hilos que lo recorren, tienta hasta dónde puede avanzar con los medios de que hasta el presente dispone y las noticias cobradas, se procura una primera familiarización con el contenido de los estratos vecinos mediante el procedimiento de la presión, abandona los hilos y vuelve a retomarlos, los persigue hasta los puntos nodales, de continuo los enhebra de nuevo y, si sigue la huella de un fascículo de recuerdo, todas las veces alcanza un camino colateral que, al cabo, tiene también su desembocadura. Por último se llega tan lejos que se puede abandonar el trabajo por estratos y avanzar por una vía regia, directamente, hasta el núcleo de la organización pa-

tológica. Con ello se gana la lucha, mas no está acabada todavía. Es preciso recoger los otros hilos, agotar el material; pero ahora el enfermo presta enérgico auxilio, su resistencia ya se ha quebrantado en su mayor parte.

En estos ulteriores estadios del trabajo es útil colegir el nexo y comunicarlo al enfermo antes de descubrirlo en él. Si uno ha colegido rectamente, la marcha del análisis se acelera; pero también se saca provecho de una hipótesis incorrecta constriñendo al enfermo a tomar partido y sonsacándole unas enérgicas desautorizaciones que por sí mismas denotan una mejoría cierta.

Uno se convence entonces con asombro de que *es imposible instilarle al enfermo nada acerca de las cosas que presuntamente él no sabe o influir sobre los resultados del análisis excitándole expectativas.* Jamás me ha ocurrido alterar ni falsear la reproducción de los recuerdos o la trama de los sucesos mediante mis previsiones, puesto que ello se habría denunciado por fuerza en alguna contradicción dentro de la ensambladura. Y toda vez que acerté en mi previsión, múltiples e insospechables reminiscencias probaron que había dado en lo justo. Por eso no hay que temer manifestar ante el enfermo alguna opinión sobre el nexo que se acerca; ello es inocuo.

Otra observación, que uno tiene oportunidad de repetir en todos los casos, se refiere a las reproducciones autónomas del enfermo. Se puede aseverar que en el curso de un análisis así no aflora ninguna reminiscencia singular que no posea su significado. En verdad nunca se produce la intromisión de imágenes mnémicas carentes de toda pertinencia, que estuvieran sólo asociadas de algún modo con las importantes. Cabe postular una excepción, pero que no contradice la regla, para aquellos recuerdos que, si bien carecen en sí de importancia, son indispensables como unos elementos de trasmisión, puesto que sólo a través de ellos pasa la asociación entre dos recuerdos de plena pertinencia.

El tiempo que un recuerdo permanece en el paso estrecho ante la conciencia del paciente mantiene una relación directa, como ya dijimos [pág. 296], con su significado. Una imagen que no quiere borrarse pide ser apreciada todavía; un pensamiento que no se deja desmontar quiere ser perseguido aún más. Una reminiscencia nunca retorna por segunda vez si ha sido tramitada; una imagen apalabrada nunca más se volverá a ver. Y si ello empero acontece, se está plenamente autorizado a esperar que la segunda vez se anude a la imagen un nuevo contenido de pensamiento, o a la ocurrencia, una nueva consecuencia; vale decir que la tra-

mitación no había sido completa. En cambio, es frecuente un retorno con intensidad diferente: primero como indicación, luego con luminosidad plena; pero ello no contradice la aseveración formulada.

Cuando entre las tareas del análisis se encuentra la eliminación de un síntoma susceptible de acrecentamiento en su intensidad o de retorno (dolores, síntomas por estímulo como el vómito, sensaciones, contracturas), durante el trabajo se observa, de este síntoma, el interesante y no indeseado fenómeno de la «intromisión» {«*mitsprechen*»}.[18] El síntoma en cuestión reaparece, o surge con intensidad reforzada, tan pronto como uno ha entrado en la región de la organización patógena que contiene la etiología de este síntoma, y entonces sigue acompañando al trabajo con unas oscilaciones características e instructivas para el médico. La intensidad del síntoma (una inclinación al vómito, digamos) se incrementa cuanto más hondo se entre en uno de los recuerdos patógenos pertinentes, alcanza la altura máxima poco antes de que estos últimos sean declarados, y desciende de repente tras una declaración completa, o aun desaparece por entero durante un tiempo. Si en virtud de una resistencia el enfermo dilata mucho la declaración, la tensión de la sensación (la inclinación al vómito) se vuelve insoportable y, si uno no puede forzar la declaración, sobreviene realmente el vómito. Así se cobra una impresión plástica de que el «vomitar» remplaza a una acción psíquica (aquí, la de declarar), tal como lo afirma para la histeria la teoría de la conversión.

Ahora bien, esta oscilación de la intensidad del síntoma histérico se repite cada vez que uno ataca un recuerdo nuevo, patógeno respecto de ese síntoma; este se mantiene durante todo el tiempo, por así decir, *en el orden del día.* Si uno se ve constreñido a abandonar por un lapso el hilo del que ese síntoma depende, también este retrocede a las sombras para reaflorar en un período posterior del análisis. Este juego dura hasta que en virtud del acabado del material patógeno se procura tramitación definitiva a este síntoma.

En rigor, ese comportamiento del síntoma histérico no difiere del de la imagen mnémica o el pensamiento reproducido que uno conjura bajo la presión de la mano. Aquí como allí, la misma pertinacia obsesionante en el retorno dentro del recuerdo del enfermo, de ese recuerdo que aguarda tramitación. La diferencia reside sólo en el afloramiento

18 [Se hallará un ejemplo de esto en el historial de Elisabeth von R. (pág. 163). También lo menciona Breuer en pág. 61.]

en apariencia espontáneo de los síntomas histéricos, mientras que uno se acuerda bien de haber provocado las escenas y ocurrencias. Pero, en la realidad, una serie ininterrumpida lleva desde los *restos mnémicos* de vivencias y actos de pensamiento henchidos de afecto hasta los síntomas histéricos, sus *símbolos mnémicos.*

El fenómeno de la respuesta del síntoma histérico en el curso del análisis conlleva un inconveniente práctico con el cual es preciso hacer que el enfermo se reconcilie. Es de todo punto imposible analizar un síntoma de un tirón o distribuir las pausas en el trabajo de tal suerte que ellas coincidan con puntos de reposo en la tramitación. Al contrario, la interrupción obligatoriamente prescrita por las circunstancias que rodean al tratamiento, lo avanzado de la hora, etc., suelen caer en los lugares más inoportunos, justamente cuando uno pudo acercarse a una decisión o emergía un tema nuevo. Son los mismos inconvenientes que en las gacetas crea la lectura de los cotidianos fragmentos de alguna novela por entregas, cuando se lee «Continuará» tras el parlamento decisivo de la heroína o la detonación del arma. En nuestro caso, el tema removido pero no liquidado, el síntoma al comienzo reforzado y aún no explicado, subsisten en la vida anímica del enfermo y acaso lo aquejan de manera más enojosa que de ordinario. Pero uno[19] tiene que avenirse a esa situación, es imposible disponer las cosas de mejor manera. Hay enfermos que en el curso de uno de estos análisis son por completo incapaces de soltarse de un tema una vez que se lo ha tocado; los obsesiona aun en el intervalo entre dos sesiones de tratamiento y, puesto que ellos solos no avanzan en su tramitación, al comienzo sufren más que antes de emprender el tratamiento. Incluso tales pacientes terminan por aprender a esperar al médico, a trasladar a las horas de terapia todo el interés que tienen en la tramitación del material patógeno, y así empiezan a sentirse más liberados en los períodos intermedios.

También parece merecer consideración el estado general del enfermo en el curso de un análisis así. Durante algún tiempo, no influido todavía por el tratamiento, aquel sigue siendo expresión de los factores antes eficientes; pero luego

[19] [«*Er*» («él», vale decir, el paciente) en la primera y segunda ediciones. «*Es*» (pronombre impersonal), evidentemente una errata, en la tercera edición. En la edición de 1925 se colocó «*Man*» («uno»), tal vez para dar sentido al «*es*», aunque el significado de la oración varió un poco respecto del que tenía primitivamente.]

llega un momento en que el enfermo es «captado», su interés es cautivado, y a partir de ahí su estado general pasa a depender cada vez más de la situación a que se ha llegado en el trabajo. Cada vez que se adquiere un esclarecimiento nuevo, que se alcanza un tramo importante dentro de la articulación del trabajo, el enfermo se siente aliviado, goza como de un presentimiento de la liberación que se acerca; y a cada detención del trabajo, a cada enredo que amenaza, aumenta la carga psíquica que lo oprime, se acrecienta su sensación de desdicha, su improductividad. Ambas cosas, en verdad, sólo por breve lapso; en efecto, el análisis sigue adelante, desdeña gloriarse de ese momento de bienestar y pasa, sin hacerles caso, por los períodos de empeoramiento. Uno en general se alegra si ha sustituido las oscilaciones espontáneas en el estado del enfermo por otras que uno mismo ha provocado y que comprende, como también si en lugar del relevo espontáneo de los síntomas ve surgir aquel orden del día que corresponde al estado del análisis.

De ordinario, el trabajo se vuelve al comienzo tanto más oscuro y difícil mientras más profundamente se penetra en los productos psíquicos estratificados que ya hemos descrito. Pero una vez que uno se ha abierto paso hasta el núcleo, se hace la luz y ya no cabe temer ningún empeoramiento intenso en el estado del enfermo. Ahora bien, la recompensa del trabajo, el cese de los síntomas patológicos, no se puede esperar antes que para cada síntoma singular se haya operado el análisis pleno; y toda vez que los síntomas singulares estén atados entre sí por múltiples formaciones nodales, ni siquiera éxitos parciales durante el trabajo pueden darle aliento a uno. En virtud de las profusas conexiones causales existentes, cada representación patógena todavía no tramitada actúa como motivo para creaciones enteras de la neurosis, y sólo con la última palabra del análisis desaparece el cuadro clínico en su totalidad, en un todo semejante esto al comportamiento del recuerdo singular reproducido.

Si el trabajo del análisis descubre e introduce en el yo un recuerdo patógeno o un nexo patógeno que antes se sustraía al yo-conciencia, uno observa, en la personalidad psíquica así enriquecida, diversas maneras de exteriorizarse sobre esa su ganancia. Con particular frecuencia ocurre que los enfermos, después que uno los ha constreñido trabajosamente a tomar noticia de algo, declaran: «A eso lo he sabido siempre; habría podido decírselo antes». Los de intelección más integral lo disciernen luego como un autoengaño, y se acusan de ingratitud. En el caso general, la toma de posición del yo frente a la adquisición nueva depende del estrato del

análisis del cual esta última provenga. Lo oriundo de los estratos más externos se reconoce sin dificultad; había permanecido dentro del patrimonio del yo, y sólo su nexo con los estratos más profundos del material patógeno era para el yo una novedad. En cuanto a lo que es sacado a luz desde estos estratos más profundos, halla también discernimiento y reconocimiento, pero muy a menudo sólo tras prolongadas vacilaciones y dudas. Desde luego que la desmentida de imágenes mnémicas visuales es aquí más difícil que la de huellas mnémicas de meras ilaciones de pensamiento. No es raro que el enfermo diga al comienzo: «Es posible que yo haya pensado eso, pero no puedo acordarme», y que el discernimiento llegue sólo después de una familiaridad más prolongada con este supuesto; se acuerda entonces de que realmente ha tenido alguna vez ese pensamiento, y lo confirma mediante enlaces colaterales. Ahora bien, yo considero obligatorio durante el análisis atenerse a cada reminiscencia y apreciarla independientemente de que el enfermo la admita. No me cansaré de repetir que estamos obligados a aceptar todo lo que salta a la luz con nuestros métodos. De ser algo inauténtico o incorrecto, ya la trama enseñará a excluirlo más tarde. Dicho de pasada: apenas si alguna vez he tenido ocasión de sustraer con posterioridad el reconocimiento a una reminiscencia provisionalmente admitida. Todo cuanto afloraba, no obstante que presentara la más engañosa apariencia de ser una contradicción evidente, probaba ser luego lo correcto.

Las representaciones que vienen de la profundidad máxima, las que constituyen el núcleo de la organización patógena, son las que con mayor dificultad reconoce el enfermo como recuerdos. Aun cuando todo ya ha pasado, cuando el enfermo, dominado por la compulsión lógica y convencido por el efecto curativo que acompaña justamente al afloramiento de esta representación; cuando el enfermo, digo, acepta él mismo que tuvo que haber pensado esto y aquello, suele agregar: «Pero no puedo *recordar* que lo haya pensado». En tal caso es fácil entenderse con él: eran pensamientos *inconcientes*. Ahora bien, ¿cómo debe uno registrar ese estado de cosas en sus intuiciones psicológicas? ¿Hay que pasar por alto ese discernimiento rehusado del enfermo, que no tiene motivo alguno puesto que el trabajo ya acabó? ¿Se debe suponer que se trata realmente de pensamientos nunca producidos, y para los cuales existía una mera posibilidad de existencia, de suerte que la terapia consistiría en la consumación de un acto psíquico interceptado entonces? Es evidentemente imposible enunciar algo sobre esto, o sea,

sobre el estado del material patógeno antes del análisis, hasta que uno no se haya aclarado a fondo sus visiones psicológicas básicas, ante todo acerca de la esencia de la conciencia. Lo que sí hay es un hecho digno de reflexión, a saber: que en tales análisis una ilación de pensamiento es perseguida desde lo conciente hasta lo inconciente (vale decir, no es discernida como un recuerdo); desde ahí uno la vuelve a llevar un trecho a través de lo conciente, y otra vez puede verla terminar en lo inconciente, sin que esa alternancia de la «iluminación psíquica» importe cambio alguno en la ilación misma, en su consecuencia lógica, en la trabazón de sus partes singulares. Una vez que yo tengo íntegra frente a mí esa ilación de pensamiento, no podría colegir cuál fragmento era discernido por el enfermo como un recuerdo, y cuál no. Sólo veo, por así decir, los picos de la ilación de pensamiento zambulléndose en lo inconciente, a la inversa de lo que se ha aseverado respecto de nuestros procesos psíquicos normales.

Por último, tengo que tratar un tema que en la ejecución de un análisis catártico de esta índole desempeña un papel indeseadamente grande. Ya he admitido como posible que el procedimiento de la presión fracase [pág. 287], que no promueva reminiscencia alguna por más que se reasegure y esfuerce al enfermo. En tal caso, he dicho, caben dos alternativas: la primera, que en el lugar donde uno investiga no haya realmente nada para recoger; esto lo discierne uno por el gesto de total calma del enfermo; o bien que se haya tropezado con una resistencia que sólo más tarde se podrá vencer, que se esté frente a un nuevo estrato en el que aún no se puede penetrar: y también a esto se lo lee en el gesto del enfermo, gesto tenso y que testimonia esfuerzo intelectual [pág. 299]. Ahora bien, es posible además un tercer caso que de igual modo significa un obstáculo, pero no de contenido, sino externo. Este caso sobreviene cuando el vínculo del enfermo con el médico se ve perturbado, y significa el más enojoso obstáculo con que se pueda tropezar. En todo análisis de alguna gravedad es preciso tomarlo en cuenta.

Ya he indicado [pág. 273] el importante papel que corresponde a la persona del médico en la creación de motivos destinados a derrotar la fuerza psíquica de la resistencia. En no pocos casos, en particular en mujeres y donde se trata de aclarar unas ilaciones de pensamiento eróticas, la colaboración de los pacientes pasa a ser un sacrificio personal

que tiene que ser recompensado mediante algún subrogado del amor. Las fatigas y la amistosa tolerancia del médico tienen que bastar como tal subrogado. Si esa relación de la enferma con el médico es perturbada, también se deniega su buena disposición; cuando el médico quiera averiguar la siguiente idea patógena, a la enferma se le cruzará la conciencia de los cargos que se han acumulado contra aquel. Hasta donde llega mi experiencia, ese obstáculo sobreviene en tres casos principales:

1. El de una enajenación personal, cuando la enferma se cree relegada, menospreciada, afrentada, o ha escuchado cosas desfavorables sobre el médico y el método de tratamiento. Es el caso menos grave; se puede superar fácilmente por vía de declaración y esclarecimiento, si bien la susceptibilidad y la inquina histéricas pueden cobrar en ocasiones una dimensión insospechada.

2. Cuando la enferma es presa del miedo de acostumbrarse demasiado a la persona del médico, perder su autonomía frente a él y hasta caer en dependencia sexual de él. Este caso es más importante porque su condicionamiento es menos individual. La ocasión para este obstáculo está contenida en la naturaleza del cuidado terapéutico. La enferma tiene aquí un nuevo motivo de resistencia, que no se exterioriza sólo a raíz de una cierta reminiscencia, sino de cualquier ensayo de tratamiento. Harto a menudo la enferma se queja de dolor de cabeza cuando se emprende el procedimiento de la presión. Es que su nuevo motivo de resistencia permanece las más de las veces inconciente, y lo exterioriza mediante un síntoma histérico de nueva producción. El dolor de cabeza significa la renuencia a dejarse influir.

3. Cuando la enferma se espanta por trasferir a la persona del médico las representaciones penosas que afloran desde el contenido del análisis. Ello es frecuente, y aun de ocurrencia regular en muchos análisis. La trasferencia[20] sobre el médico acontece por *enlace falso*.[21] Aquí me veo precisado a dar un ejemplo: Origen de un cierto síntoma histé-

[20] [Primera aparición del término «*Übertragung*» («trasferencia») en el sentido psicoanalítico, aunque aquí en una acepción mucho más restringida que en escritos posteriores de Freud. Para un uso algo diferente de este término, véase *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **5**, págs. 554-5. Freud volvió a ocuparse del tema en el historial clínico de «Dora» (1905*e*), *AE*, **7**, págs. 101 y sigs.]

[21] [Se hallará un detenido examen de los «enlaces falsos» y de la «compulsión a asociar» *supra*, págs. 88-9. Freud ya había examinado esto en conexión con las obsesiones en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *AE*, **3**, pág. 53.]

rico era, en una de mis pacientes, el deseo que acariciara muchos años atrás, y enseguida remitiera a lo inconciente, de que el hombre con quien estaba conversando en ese momento se aprovechara osadamente y le estampara un beso. Pues bien, cierta vez, al término de una sesión, afloró en la enferma ese deseo con relación a mi persona; ello le causa espanto, pasa una noche insomne y en la sesión siguiente, si bien no se rehúsa al tratamiento, está por completo incapacitada para el trabajo. Tras enterarme yo del obstáculo y removerlo, el trabajo vuelve a progresar, y hete aquí que el deseo que tanto espanta a la enferma aparece como el recuerdo siguiente, el recuerdo patógeno exigido ahora por el nexo lógico. Las cosas habían ocurrido, pues, del siguiente modo: Primero había aflorado en la conciencia de la enferma el contenido del deseo, pero sin los recuerdos de las circunstancias colaterales que podrían haberlo resituado en el pasado; y en virtud de la compulsión a asociar, dominante en la conciencia, el deseo ahora presente fue enlazado con mi persona, de quien era lícito que la enferma se ocupara; a raíz de esta *mésalliance* —yo la llamo enlace falso— despierta el mismo afecto que en su momento esforzó a la enferma a proscribir ese deseo prohibido. Desde que tengo averiguado esto, puedo presuponer, frente a cualquier parecido requerimiento a mi persona, que se han vuelto a producir una trasferencia y un enlace falso. Curiosamente, la enferma volvía a caer víctima del espejismo a cada nueva ocasión.

No se puede llevar a término ningún análisis si uno no sabe habérselas con la resistencia que resulta de los tres hechos mencionados. Ahora bien, uno halla el camino apropiado si se forma el designio de tratar a este síntoma, neoproducido según un modelo antiguo, lo mismo que a un síntoma antiguo. La primera tarea es volverle conciente al enfermo ese «obstáculo». En una de mis enfermas, por ejemplo, de pronto fracasó el procedimiento de la presión y yo tenía razones para suponer una idea inconciente como las mencionadas en el parágrafo 2; tan pronto apareció la tomé por sorpresa. Le dije que por fuerza debió haber surgido un obstáculo para la continuación del tratamiento, pero que el procedimiento de la presión tenía por lo menos el poder de mostrar ese obstáculo, y le apliqué la presión sobre su cabeza. Ella dijo asombrada: «Lo veo a usted sentado aquí, en el sillón; pero eso es un disparate, ¿qué puede significar?». — Y entonces pude brindarle el esclarecimiento.

En otra paciente, el «obstáculo» no solía mostrarse a la

presión de una manera directa, pero todas las veces pude pesquisarlo reconduciendo a la enferma hasta el momento en que él se había generado. El procedimiento de la presión nunca nos rehusaba recobrar ese momento. Con descubrir y pesquisar el obstáculo quedaba removida la primera dificultad, pero subsistía una todavía mayor. Consistía en mover a la enferma a comunicar dónde entraban en cuenta unas relaciones en apariencia personales, dónde coincidía la tercera persona con la del médico.

Al principio me incomodaba mucho esta multiplicación de mi trabajo psíquico, hasta que aprendí a inteligir lo sujeto a ley de todo este proceso, y después eché de ver que esa trasferencia no supone un considerable recargo de trabajo. Para la paciente, el trabajo sigue siendo el mismo: superar el afecto penoso por haber podido abrigar semejante deseo por un momento; y para el éxito del trabajo parecía indiferente que ella tomara como tema esa repulsión psíquica en el caso histórico o en el reciente conmigo. También las enfermas aprendían poco a poco a inteligir que en tales trasferencias sobre la persona del médico hay una compulsión y un espejismo que se disiparán al terminar el análisis. Y en cuanto a las veces en que he fracasado en mostrarles la naturaleza del «obstáculo», opino que simplemente les he sustituido un síntoma desarrollado espontáneamente por otro síntoma histérico, si bien más benigno.

Ya son bastantes, creo, las indicaciones sobre la realización de tales análisis y sobre las experiencias que uno hace en ellos. Acaso hayan hecho aparecer muchas cosas más complicadas de lo que en realidad son; buena parte de lo dicho se vuelve evidente por sí mismo cuando uno se encuentra en medio de un trabajo como ese. No he enumerado sus dificultades para despertar la impresión de que sólo en rarísimos casos, dados los requerimientos que se plantean a médico y enfermo, vale la pena emprender un análisis catártico. En mi acción médica me guío por la premisa contraria. — Es cierto que no puedo formular las indicaciones más precisas para la aplicación del método terapéutico aquí descrito sin entrar en la apreciación del tema, más sustantivo y abarcador, de la terapia de las neurosis en general. Entre mí he comparado a menudo la terapia catártica con una intervención quirúrgica, designado a mis curas como unas *operaciones psicoterapéuticas*, y seguido las analogías con la apertura de una cavidad llena de pus, la extirpación de una región cariada, etc. Esa analogía encuentra su legi-

timación no tanto en la remoción de lo patológico cuanto en el establecimiento de mejores condiciones para que el decurso del proceso lleve a recobrar la salud.

Repetidas veces he tenido que escuchar de mis enfermos, tras prometerles yo curación o alivio mediante una cura catártica, esta objeción: «Usted mismo lo dice; es probable que mi sufrimiento se entrame con las condiciones y peripecias de mi vida; usted nada puede cambiar en ellas, y entonces, ¿de qué modo pretende socorrerme?». A ello he podido responder: «No dudo de que al destino le resultaría por fuerza más fácil que a mí librarlo de su padecer. Pero usted se convencerá de que es grande la ganancia si conseguimos mudar su miseria histérica en infortunio ordinario. Con una vida anímica[22] restablecida usted podrá defenderse mejor de este último».

22 [En las ediciones en alemán anteriores a 1925 se leía: «Con un sistema nervioso».]

Apéndice A. Cronología del caso de la señora Emmy von N.

[Las fechas correspondientes al historial clínico de la señora Emmy von N., tal como figuran en todas las ediciones en alemán y como han sido reproducidas en esta, presentan serias incongruencias. En la página 71 se dice en dos oportunidades que el primer período de tratamiento con Freud comenzó en mayo de 1889; este período duró alrededor de siete semanas (págs. 74, *n*. 8, y 96). El segundo período se inició exactamente un año después que el primero (pág. 98), o sea, en mayo de 1890. Freud visitó a la señora Emmy en su residencia del Báltico en la primavera del año siguiente (pág. 102), vale decir, de 1891. Una primera contradicción de esta cronología aparece en la página 104, donde se nos dice que esa visita fue efectuada en mayo de 1890; y este sistema cronológico se mantiene más adelante. En la página 110, Freud adjudica al año 1889 un síntoma que apareció en el segundo período de tratamiento, y al año 1888, en dos oportunidades, síntomas del primer período. No obstante, vuelve a su sistema primitivo en la página 120, donde fija en 1891 la fecha de su visita a la residencia del Báltico.

Un dato habla en favor de situar en 1888 el primer período de tratamiento. En la página 118, Freud afirma que fue al estudiar el estado sonámbulo de esta paciente cuando le acudieron por primera vez dudas acerca de la validez del aserto de Bernheim, «En la sugestión está todo». Manifestó muy decididamente esas mismas dudas en su prólogo a su traducción del libro de Bernheim sobre la sugestión (Freud, 1888-89), *AE*, **1**, págs. 88-9; y en una carta enviada a Fliess el 29 de agosto de 1888 (Freud, 1950*a*, Carta 5) leemos que para esa fecha ya había completado el prólogo. Escribe en la misma carta: «No comparto las concepciones de Bernheim, que me parecen unilaterales». Si fue el tratamiento de la señora Emmy el que por primera vez instiló dudas en Freud, este tratamiento tiene que haber comenzado en mayo de 1888, y no, como manifiesta aquí, en mayo de 1889.

Digamos de paso que esta corrección aclararía una incongruencia en cuanto a la cronología aceptada sobre las actividades que llevó a cabo Freud a su regreso de París, en la primavera de 1886. En su *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, pág. 19, Freud consigna que «desde el comienzo mismo» practicó la hipnosis con otro fin además de la sugestión: para explorar la historia genética del síntoma; vale decir que desde el comienzo recurrió al método catártico de Breuer. Por una carta a Fliess del 28 de diciembre de 1887 (Freud, 1950*a*, Carta 2) averiguamos que hacia fines de ese año emprendió por primera vez la hipnosis, mientras que en las páginas 71 y 290 de este volumen nos dice que el caso de la señora Emmy fue el primero en el cual intentó aplicar el procedimiento de Breuer. Por consiguiente, si ese caso datara de mayo de 1889, entre los dos acontecimientos habría un intervalo de dieciséis meses como mínimo, y, según destaca Ernest Jones en su biografía (1953, pág. 263), la memoria de Freud habría sido muy imprecisa al utilizar la frase «desde el comienzo mismo». Pero si el tratamiento de la señora Emmy tuvo lugar en mayo de 1888, ese lapso se reduciría a apenas cuatro o cinco meses.

La cuestión se confirmaría si pudiera demostrarse que en el mes de mayo de 1890 o de 1891 Freud estuvo ausente de Viena durante un período suficientemente prolongado como para haber podido hacer una visita a Livonia (o cualquier otro lugar que ese nombre represente); pero, desgraciadamente, las cartas suyas correspondientes a ese período que se han conservado no ofrecen prueba alguna de esa ausencia.

Hay otra incongruencia que torna las cosas todavía más oscuras. En la nota de páginas 82-3, Freud habla de la exagerada eficiencia de algunas de sus sugestiones del primer período de tratamiento (el 11 de mayo de 1888 o de 1889), afirmando que la amnesia entonces producida seguía aún vigente «dieciocho meses después». Esto se refiere, sin duda, a su visita a la señora Emmy en la residencia, pues al describir esa visita menciona una vez más el episodio (pág. 103); pero esta vez sostiene que las sugestiones habían sido hechas primitivamente «dos años antes». Si la visita fue en mayo de 1890 o de 1891, ese lapso de «dos años» es el correcto, y el de «dieciocho meses», un desliz.

Ahora bien, estas repetidas contradicciones sugieren otra posibilidad. Hay motivos para creer que Freud alteró el

lugar donde estaba situada la residencia de la señora Emmy. ¿Tal vez, como precaución adicional para no traicionar la identidad de su paciente, modificó también el *tiempo* durante el cual efectuó el tratamiento, aunque no introdujo esas modificaciones con total coherencia? [1] El interrogante queda abierto.]

[1] [Véase la explicación que da Freud en *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*), *AE*, **6**, págs. 212-5, sobre algunos de los errores que se le deslizaron inadvertidamente al escribir *La interpretación de los sueños* (1900*a*). Dice ahí que eran represalias inconcientes por las supresiones y deformaciones que él había debido introducir deliberadamente en el material relatado.]

Apéndice B

Escritos de Freud que versan predominantemente sobre la histeria de conversión

[La fecha que aparece a la izquierda es la del año de redacción; la que figura luego de cada uno de los títulos corresponde al año de publicación y remite al ordenamiento adoptado en la bibliografía del final del volumen. Los trabajos que se dan entre corchetes fueron publicados póstumamente.]

1886 «Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico (Contribuciones a la casuística de la histeria, I)» (1886*d*).
1888 «Histeria», en J. Villaret, *Handwörterbuch*... (1888*b*).
[1892 Carta a J. Breuer (1941*a*).]
[1892 En colaboración con J. Breuer, «Sobre la teoría del ataque histérico» (1940*d*).]
[1892 «Nota "III"» (1941*b*).]
1892 «Un caso de curación por hipnosis, con algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la "voluntad contraria"» (1892-1893).
1892 En colaboración con J. Breuer, «Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar» (1893*a*).
1893 «Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos» (1893*h*).
1893 «Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas» (1893*c*).
1894 «Las neuropsicosis de defensa», sección I (1894*a*).
1895 En colaboración con J. Breuer, *Estudios sobre la histeria* (1895*d*).
[1895 «Proyecto de psicología», parte II (1950*a*).]
[1896 Manuscrito K, última sección (1950*a*).]

1896 «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*).

1896 «La etiología de la histeria» (1896*c*).

1901 «Fragmento de análisis de un caso de histeria» (1905*e*).

1908 «Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad» (1908*a*).

1909 «Apreciaciones generales sobre el ataque histérico» (1909*a*).

1909 *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*, 1ª y 2ª conferencias (1910*a*).

1910 «La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis» (1910*i*).

Bibliografía e índice de autores

[Los títulos de libros y de publicaciones periódicas se dan en bastardilla, y los de artículos, entre comillas. Las abreviaturas utilizadas para las publicaciones periódicas fueron tomadas de la *World List of Scientific Periodicals* (Londres, 1952; 4ª ed., 1963-65). Otras abreviaturas empleadas en este libro figuran *supra*, pág. xii. Los números en negrita corresponden a los volúmenes en el caso de las revistas y otras publicaciones, y a los tomos en el caso de libros. Las cifras entre paréntesis al final de cada entrada indican la página o páginas de este libro en que se menciona la obra en cuestión. Las letras en bastardilla anexas a las fechas de publicación (tanto de obras de Freud como de otros autores) concuerdan con las correspondientes entradas de la «Bibliografía general» que será incluida en el volumen 24 de estas *Obras completas.*

Esta bibliografía cumple las veces de índice onomástico para los autores de trabajos especializados que se mencionan a lo largo del volumen. Para los autores no especializados, y para aquellos autores especializados de los que no se menciona ninguna obra en particular, consúltese el «Indice alfabético».

{En las obras de Freud se han agregado entre llaves las referencias a la *Studienausgabe* (*SA*), así como a las versiones castellanas de Santiago Rueda (*SR*), Biblioteca Nueva (*BN*, 1972-75, 9 vols.) o *Revista de Psicoanálisis* (*RP*), y a las incluidas en los volúmenes correspondientes a esta versión de Amorrortu editores (*AE*). En las obras de otros autores se consignan, también entre llaves, las versiones castellanas que han podido verificarse con las fuentes de consulta bibliográfica disponibles.}]

Andersson, O. (1962) *Studies in the Prehistory of Psychoanalysis, Studia Scientiae Paedagogicae Upsaliensia III*, Estocolmo. (33)

Benedikt, M. (1894) *Hypnotismus und Suggestion*, Viena. (221)

Berger, A. von (1896) Reseña de Breuer y Freud, *Studien über Hysterie*, *Neue Freie Presse*, 2 de febrero. (10)
Bernheim, H. (1886) *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, París. (2ª ed., 1887.) (6, 88, 96)
(1891) *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie: études nouvelles*, París. (6)
Binet, A. (1892) *Les altérations de la personnalité*, París. (33)
Breuer, J. y Freud, S. (1893): *véase* Freud, S. (1893*a*).
(1895): *véase* Freud, S. (1895*d*).
(1940): *véase* Freud, S. (1940*d*).
Cabanis, P. J. G. (1802) *Rapports du physique et du moral de l'homme*, París; *Oeuvres Complètes*, París, 1824, **3**, pág. 153. (207)
Clarke, J. M. (1894) Reseña de Breuer y Freud, «Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene», *Brain*, **17**, pág. 125. (9)
(1896) Reseña de Breuer y Freud, *Studien über Hysterie*, *Brain*, **19**, pág. 401. (10)
Charcot, J.-M. (1887) *Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, III*, París. (39-42)
(1888) *Leçons du mardi à la Salpêtrière 1887-8*, París. (Ed. rev., París, 1892.) (8, 149, 224)
Darwin, C. (1872) *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, Londres. (2ª ed., 1890.) {*La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*, México: Cultura Popular.} (110, 193)
Delboeuf, J. R. (1889) *Le magnétisme animal*, París. (33)
Exner, S. (1894) *Entwurf zu einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen*, Viena. (205, 207, 251)
Ferenczi, S. (1921*a*) «Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic». *Int. Z. Psychoanal.*, **7**, pág. 33. {«Observaciones psicoanalíticas sobre el tic», en *Teoría y técnica del psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós, cap. XII, pág. 115.} (112)
Fisher, J. (1955) *Bird Recognition III*, Harmondsworth, Penguin Books. (72)
Freud, S. (1886*d*) «Beobachtung einer hochgradigen Hemianästhesie bei einem hysterischen Manne (Beiträge zur Kasuistik der Hysterie, I)» {«Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico (Contribuciones a la casuística de la histeria, I)»}, *Wien. med. Wschr.*, **36**, nº 49, pág. 1633. *SE*, **1**, pág. 23. {*SR*, **22**, pág. 462 (resumen); *AE*, **1**, pág. 23.} (314)

Freud, S. *(cont.)*
(1887*b*) Reseña de Weir Mitchell, *Die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie* {El tratamiento de ciertas formas de neurastenia e histeria}, Berlín, 1887 (trad. por G. Klemperer), *Wien. med. Wschr.*, **37**, pág. 138. (274)
(1888*b*) «Aphasie», «Gehirn (I. "Anatomie des Gehirns")», «Hysterie» e «Hysteroepilepsie» {«Afasia», «Cerebro (I. "Anatomía del cerebro")», «Histeria» e «Histeroepilepsia»}, en A. Villaret, *Handwörterbuch der gesamten Medizin* {Diccionario de medicina general}, **1**, Stuttgart. (Trabajo no firmado; la identidad del autor es incierta.) *SE*, **1**, págs. 37 y 58 («Hysteria» e «Hystero-Epilepsy»; los otros dos artículos no han sido traducidos en esta edición). {*AE*, **1**, págs. 41 y 64.} (314)
(1888-89) Traducción, con prólogo y notas complementarias, de Hyppolite Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, París, 1886, con el título *Die Suggestion und ihre Heilwirkung* {De la sugestión y sus aplicaciones a la terapéutica}, Viena (parte II, trad. por O. von Springer). (2ª ed., rev. por M. Kahane, Viena, 1896.) *SE*, **1**, pág. 73 (prólogo). {*SR*, **21**, pág. 374 (prólogo y notas); *BN*, **1**, pág. 4 (prólogo y notas); *AE*, **1**, pág. 77 (prólogo).} (6, 17, 96, 238, 311)
(1891*b*) *Zur Auffassung der Aphasien* {*La concepción de las afasias*}, Viena. {Véase Freud (1897*b*).} (129, 223)
(1892*a*) Traducción de Hyppolite Bernheim, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie: études nouvelles*, París, 1891, con el título *Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie* {Nuevos estudios sobre hipnotismo, sugestión y psicoterapia}, Viena. (6)
(1892-93) «Ein Fall von hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den "Gegenwillen"» {«Un caso de curación por hipnosis, con algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la "voluntad contraria"»}, *GS*, **1**, pág. 258; *GW*, **1**, pág. 3; *SE*, **1**, pág. 117. {*SR*, **10**, pág. 207; *BN*, **1**, pág. 22; *AE*, **1**, pág. 147.} (5, 31, 80, 110, 123, 314)
(1892-94) Traducción, con prólogo y notas complementarios, de J.-M. Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière (1887-8)*, París, 1888, con el título *Poliklinische Vorträge* {Lecciones policlínicas}, **1**, Viena. (Vol. 2,

Freud, S. *(cont.)*
trad. por M. Kahane, Viena, 1895.) *SE*, **1**, pág. 131 (prólogo y notas complementarios). {*AE*, **1**, pág. 163.} (8)

(1893*a*) En colaboración con Breuer, J., «Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene: Vorläufige Mitteilung» {«Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar». Es el cap. I de *Estudios sobre la histeria* (1895)}, *GS*, **1**, pág. 7; *GW*, **1**, pág. 81; *SE*, **2**, pág. 3. {*SR*, **10**, pág. 9; *BN*, **1**, pág. 41; *AE*, **2**, pág. 27.} (314)

(1893*c*) «Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques» {«Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas»} (en francés), *GS*, **1**, pág. 273; *GW*, **1**, pág. 39; *SE*, **1**, pág. 157. {*SR*, **11**, pág. 123; *BN*, **1**, pág. 13; *AE*, **1**, pág. 191.} (17, 68, 108, 224, 314)

(1893*b*) «Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene» {«Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos»} (conferencia; versión taquigráfica revisada por el conferencista), *Wien. med. Presse*, **34**, nº 4, pág. 121, y nº 5, pág. 165; *SE*, **3**, pág. 27. {*SA*, **6**, pág. 9; *RP*, **13**, nº 3, 1956, pág. 266; *AE*, **3**, pág. 25.} (8-9, 13-4, 208, 314)

(1894*a*) «Die Abwehr-Neuropsychosen» {«Las neuropsicosis de defensa»}, *GS*, **1**, pág. 290; *GW*, **1**, pág. 59; *SE*, **3**, pág. 43. {*SR*, **11**, pág. 85; *BN*, **1**, pág. 169; *AE*, **3**, pág. 43.} (13, 17-9, 36, 71, 89, 105, 109, 139, 162, 222, 225, 265, 276, 306, 314)

(1895*b* [1894]) «Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen» {«Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"»}, *GS*, **1**, pág. 306; *GW*, **1**, pág. 315; *SE*, **3**, pág. 87. {*SA*, **6**, pág. 25; *SR*, **11**, pág. 99; *BN*, **1**, pág. 183; *AE*, **3**, pág. 85.} (17-8, 107, 143, 221, 256, 265-6)

(1895*c* [1894]) «Obsessions et phobies» {«Obsesiones y fobias»} (en francés), *GS*, **1**, pág. 334; *GW*, **1**, pág. 345; *SE*, **3**, pág. 71. {*SR*, **11**, pág. 137; *BN*, **1**, pág. 178; *AE*, **3**, pág. 69.} (89)

(1895*d*) En colaboración con Breuer, J., *Studien über Hysterie* {*Estudios sobre la histeria*}, Viena; reimpresión, Francfort, 1970. *GS*, **1**, pág. 3; *GW*, **1**, pág. 77 (estas ediciones no incluyen las contribuciones de

Freud, S. *(cont.)*
Breuer); *SE*, **2** (incluye las contribuciones de Breuer). {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 37 (sólo la parte IV: «Zur Psychotherapie der Hysterie»); *SR*, **10**, pág. 7; *BN*, **1**, pág. 39 (estas ediciones no incluyen las contribuciones de Breuer); *AE*, **2** (incluye las contribuciones de Breuer).} (314)
(1895*f*) «Zur Kritik der "Angstneurose"» {«A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"»}, *GS*, **1**, pág. 343; *GW*, **1**, pág. 357; *SE*, **3**, pág. 121. {*SR*, **11**, pág. 159; *BN*, **1**, pág. 199; *AE*, **3**, pág. 117.} (18)
(1896*a*) «L'hérédité et l'étiologie des névroses» {«La herencia y la etiología de las neurosis»} (en francés), *GS*, **1**, pág. 388; *GW*, **1**, pág. 407; *SE*, **3**, pág. 143. {*SR*, **11**, pág. 145; *BN*, **1**, pág. 277; *AE*, **3**, pág. 139.} (71)
(1896*b*) «Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen» {«Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa»}, *GS*, **1**, pág. 363; *GW*, **1**, pág. 379; *SE*, **3**, pág. 159. {*SR*, **11**, pág. 175; *BN*, **1**, pág. 286; *AE*, **3**, pág. 157.} (18, 36, 128, 138, 149, 278, 315)
(1896*c*) «Zur Ätiologie der Hysterie» {«La etiología de la histeria»}, *GS*, **1**, pág. 404; *GW*, **1**, pág. 425; *SE*, **3**, pág. 189. {*SA*, **6**, pág. 51; *SR*, **12**, pág. 158; *BN*, **1**, pág. 299; *AE*, **3**, pág. 185.} (19, 315)
(1897*b*) *Inhaltsangaben der wissenschaftlichen Arbeiten des Privatdozenten Dr. Sigm. Freud (1877-1897)* {*Sumario de los trabajos científicos del docente adscrito Dr. Sigmund Freud*}, Viena. *GW*, **1**, pág. 463; *SE*, **3**, pág. 225. {*SR*, **22**, pág. 457; *AE*, **3**, pág. 219.} (4-5)
(1898*a*) «Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen» {«La sexualidad en la etiología de las neurosis»}, *GS*, **1**, pág. 439; *GW*, **1**, pág. 491; *SE*, **3**, pág. 261. {*SA*, **5**, pág. 11; *SR*, **12**, pág. 185; *BN*, **1**, pág. 317; *AE*, **3**, pág. 251.} (107)
(1900*a* [1899]) *Die Traumdeutung* {*La interpretación de los sueños*}, Viena. *GS*, **2-3**; *GW*, **2-3**; *SE*, **4-5**. {*SA*, **2**; *SR*, **6-7** y **19**, pág. 217; *BN*, **2**, pág. 343; *AE*, **4-5**.} (21, 68, 91, 128, 188, 199-200, 206, 278, 306, 313)
(1901*b*) *Zur Psychopathologie des Alltagslebens* {*Psicopatología de la vida cotidiana*}, Berlín, 1904. *GS*, **4**, pág. 3; *GW*, **4**; *SE*, **6**. {*SR*, **1**; *BN*, **3**, pág. 755; *AE*, **6**.} (21, 313)

Freud, S. *(cont.)*
(1904*a* [1903]) «Die Freudsche psychoanalytische Methode» {«El método psicoanalítico de Freud»}, *GS*, **6**, pág. 3; *GW*, **5**, pág. 3; *SE*, **7**, pág. 249. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 99; *SR*, **14**, pág. 57; *BN*, **3**, pág. 1003; *AE*, **7**, pág. 233.} (128)
(1905*a* [1904]) «Über Psychotherapie» {«Sobre psicoterapia»}, *GS*, **6**, pág. 11; *GW*, **5**, pág. 13; *SE*, **7**, pág. 257. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 107; *SR*, **14**, pág. 63; *BN*, **3**, pág. 1007; *AE*, **7**, pág. 243.} (128)
(1905*c*) *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten* {*El chiste y su relación con lo inconciente*}, Viena. *GS*, **9**, pág. 5; *GW*, **6**; *SE*, **8**. {*SA*, **4**, pág. 9; *SR*, **3**, pág. 7; *BN*, **3**, pág. 1029; *AE*, **8**.} (19, 21)
(1905*d*) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* {*Tres ensayos de teoría sexual*}, Viena. *GS*, **5**, pág. 3; *GW*, **5**, pág. 29; *SE*, **7**, pág. 125. {*SA*, **5**, pág. 37; *SR*, **2**, pág. 7, y **20**, pág. 187; *BN*, **4**, pág. 1169; *AE*, **7**, pág. 109.} (21, 47, 149)
(1905*e* [1901]) «Bruchstück einer Hysterie-Analyse» {«Fragmento de análisis de un caso de histeria»}, *GS*, **8**, pág. 3; *GW*, **5**, pág. 163; *SE*, **7**, pág. 3. {*SA*, **6**, pág. 83; *SR*, **15**, pág. 7; *BN*, **3**, pág. 933; *AE*, **7**, pág. 1.} (19, 180, 257, 306, 315)
(1908*a*) «Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität» {«Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad»}, *GS*, **5**, pág. 246; *GW*, **7**, pág. 191; *SE*, **9**, pág. 157. {*SA*, **6**, pág. 187; *SR*, **13**, pág. 108; *BN*, **4**, pág. 1349; *AE*, **9**, pág. 137.} (315)
(1909*a* [1908]) «Allgemeines über den hysterischen Anfall» {«Apreciaciones generales sobre el ataque histérico»}, *GS*, **5**, pág. 255; *GW*, **7**, pág. 235; *SE*, **9**, pág. 229. {*SA*, **6**, pág. 197; *SR*, **13**, pág. 115; *BN*, **4**, pág. 1358; *AE*, **9**, pág. 203.} (42, 315)
(1909*b*) «Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben» {«Análisis de la fobia de un niño de cinco años»}, *GS*, **8**, pág. 129; *GW*, **7**, pág. 243; *SE*, **10**, pág. 3. {*SA*, **8**, pág. 9; *SR*, **15**, pág. 113; *BN*, **4**, pág. 1365; *AE*, **10**, pág. 1.} (265)
(1910*a* [1909]) *Über Psychoanalyse* {*Cinco conferencias sobre psicoanálisis*}, Viena. *GS*, **4**, pág. 349; *GW*, **8**, pág. 3; *SE*, **11**, pág. 3. {*SR*, **2**, pág. 107; *BN*, **5**, pág. 1533; *AE*, **11**, pág. 1.} (20-1, 70, 109, 123, 194, 315)
(1910*i*) «Die psychogene Sehstörung in psychoanalyti-

Freud, S. *(cont.)*
scher Auffassung» {«La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis»}, *GS*, **5**, pág. 310; *GW*, **8**, pág. 94; *SE*, **11**, pág. 211. {*SA*, **6**, pág. 205; *SR*, **13**, pág. 151; *BN*, **5**, pág. 1631; *AE*, **11**, pág. 205.} (315)

(1910*k*) «Über "wilde" Psychoanalyse» {«Sobre el psicoanálisis "silvestre"»}, *GS*, **6**, pág. 37; *GW*, **8**, pág. 118; *SE*, **11**, pág. 221. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 133; *SR*, **14**, pág. 83; *BN*, **5**, pág. 1571; *AE*, **11**, pág. 217.} (265)

(1912*f*) «Zur Onanie-Diskussion» {«Contribuciones para un debate sobre el onanismo»}, *GS*, **3**, pág. 324; *GW*, **8**, pág. 332; *SE*, **12**, pág. 243. {*SR*, **21**, pág. 173; *BN*, **5**, pág. 1702); *AE*, **12**, pág. 247.} (266)

(1913*h*) «Erfahrungen und Beispiele aus der analytischen Praxis» {«Experiencias y ejemplos extraídos de la práctica analítica»}, *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, **1**, pág. 377; reimpreso parcialmente en *GS*, **11**, pág. 301; *GW*, **10**, pág. 40. Incluido parcialmente en *Die Traumdeutung*, *GS*, **3**, págs. 41, 71-2, 127, 135; *GW*, **2-3**, págs. 238, 359 y sigs., 413-4, 433; *SE*, **13**, pág. 193 (completo). También incluido parcialmente en *SE*, **4**, pág. 232, y **5**, págs. 354-6, 409-10, 431. {*SA*, **2**, págs. 239, 349-50, 398-9, 417-8; *SR*, **19**, págs. 261-3 (4 ítems); *BN*, **5**, págs. 1675-8 (12 ítems); *AE*, **13**, pág. 193.} (64)

(1914*c*) «Zur Einführung des Narzissmus» {«Introducción del narcisismo»}, *GS*, **6**, pág. 155; *GW*, **10**, pág. 138; *SE*, **14**, pág. 69. {*SA*, **3**, pág. 37; *SR*, **14**, pág. 171; *BN*, **6**, pág. 2017; *AE*, **14**, pág. 65.} (266)

(1914*d*) «Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung» {«Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico»}, *GS*, **4**, pág. 411; *GW*, **10**, pág. 44; *SE*, **14**, pág. 3. {*SR*, **12**, pág. 100; *BN*, **5**, pág. 1895; *AE*, **14**, pág. 1.} (16, 21, 64, 217, 241)

(1915*c*) «Triebe und Triebschicksale» {«Pulsiones y destinos de pulsión»}, *GS*, **5**, pág. 443; *GW*, **10**, pág. 210; *SE*, **14**, pág. 111. {*SA*, **3**, pág. 75; *SR*, **9**, pág. 100; *BN*, **6**, pág. 2039; *AE*, **14**, pág. 105.} (14)

(1915*d*) «Die Verdrängung» {«La represión»}, *GS*, **5**, pág. 466; *GW*, **10**, pág. 248; *SE*, **14**, pág. 143. {*SA*, **3**, pág. 103; *SR*, **9**, pág. 121; *BN*, **6**, pág. 2053; *AE*, **14**, pág. 135.} (151)

(1915*e*) «Das Unbewusste» {«Lo inconciente»}, *GS*, **5**, pág. 480; *GW*, **10**, pág. 264; *SE*, **14**, pág. 161. {*SA*,

Freud, S. *(cont.)*
3, pág. 119; *SR*, **9**, pág. 133; *BN*, **6**, pág. 2061; *AE*, **14**, pág. 153.} (21, 68, 206, 223)
(1917*e* [1915]) «Trauer und Melancholie» {«Duelo y melancolía»}, *GS*, **5**, pág. 535; *GW*, **10**, pág. 428; *SE*, **14**, pág. 239. {*SA*, **3**, pág. 193; *SR*, **9**, pág. 177; *BN*, **6**, pág. 2091; *AE*, **14**, pág. 235.} (176)
(1920*g*) *Jenseits des Lustprinzips* {*Más allá del principio de placer*}, Viena. *GS*, **6**, pág. 191; *GW*, **13**, pág. 3; *SE*, **18**, pág. 7. {*SA*, **3**, pág. 213; *SR*, **2**, pág. 217; *BN*, **7**, pág. 2507; *AE*, **18**, pág. 1.} (14-5, 21, 201, 206)
(1921*c*) *Massenpsychologie und Ich-Analyse* {*Psicología de las masas y análisis del yo*}, Viena. *GS*, **6**, pág. 261; *GW*, **13**, pág. 71; *SE*, **18**, pág. 69. {*SA*, **9**, pág. 61; *SR*, **9**, pág. 7; *BN*, **7**, pág. 2563; *AE*, **18**, pág. 63.} (278)
(1923*a* [1922]) «"Psychoanalyse" und "Libidotheorie"» {«Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido"»}, *GS*, **11**, pág. 201; *GW*, **13**, pág. 211; *SE*, **18**, pág. 235. {*SR*, **17**, pág. 183; *BN*, **7**, pág. 2661; *AE*, **18**, pág. 227.} (21)
(1924*f* [1923]) «Psychoanalysis: Exploring the Hidden Recesses of the Mind» (Psicoanálisis: exploración de los recovecos ocultos de la mente) {traducido en la presente edición como «Breve informe sobre el psicoanálisis»}, **2**, cap. LXXIII de *These Eventful Years*, Londres y Nueva York. El texto original en alemán fue publicado en 1928 con el título «Kurzer Abriss der Psychoanalyse». *GS*, **11**, pág. 183; *GW*, **13**, pág. 403; *SE*, **19**, pág. 191. {*SR*, **17**, pág. 163; *BN*, **7**, pág. 2729; *AE*, **19**, pág. 199.} (22)
(1925*a* [1924]) «Notiz über den "Wunderblock"» {«Nota sobre la "pizarra mágica"»}, *GS*, **6**, pág. 415; *GW*, **14**, pág. 3; *SE*, **19**, pág. 227. {*SA*, **3**, pág. 363; *SR*, **14**, pág. 221; *BN*, **7**, pág. 2808; *AE*, **19**, pág. 239.} (201)
(1925*d* [1924]) *Selbstdarstellung* {*Presentación autobiográfica*}, Viena, 1934. *GS*, **11**, pág. 119; *GW*, **14**, pág. 33; *SE*, **20**, pág. 3. {*SR*, **9**, pág. 239; *BN*, **7**, pág. 2761; *AE*, **20**, pág. 1.} (5, 17, 19, 22, 47, 64, 312)
(1925*g*) «Josef Breuer» {Nota necrológica}, *GS*, **11**, pág. 281; *GW*, **14**, pág. 562; *SE*, **19**, pág. 279. {*SR*, **20**, pág. 209; *BN*, **8**, pág. 3234; *AE*, **19**, pág. 299.} (22)
(1925*h*) «Die Verneinung» {«La negación»}, *GS*, **11**,

Freud, S. *(cont.)*
pág. 3; *GW*, **14**, pág. 11; *SE*, **19**, pág. 235. {*SA*, **3**, pág. 371; *SR*, **21**, pág. 195; *BN*, **8**, pág. 2884; *AE*, **19**, pág. 249.} (96)
(1940*d* [1892]) En colaboración con Breuer, J., «Zur Theorie des hysterischen Anfalls» {«Sobre la teoría del ataque histérico»}, *GW*, **17**, pág. 9; *SE*, **1**, pág. 151. {*SR*, **21**, pág. 20; *BN*, **1**, pág. 51; *AE*, **1**, pág. 187.} (8, 13, 36, 42, 68, 208, 314)
(1941*a* [1892]) Carta a Josef Breuer, *GW*, **17**, pág. 5; *SE*, **1**, pág. 147. {*SR*, **21**, pág. 19; *BN*, **1**, pág. 50; *AE*, **1**, pág. 183.} (7, 13, 17, 208, 314)
(1941*b* [1892]) «Notiz "III"» {«Nota "III"»}, *GW*, **17**, pág. 17; *SE*, **1**, pág. 149. {*SR*, **21**, pág. 24; *BN*, **1**, pág. 54; *AE*, **1**, pág. 185.} (8, 19, 39, 314)
(1950*a* [1887-1902]) *Aus den Anfängen der Psychoanalyse* {*Los orígenes del psicoanálisis*}, Londres. Abarca las cartas a Wilhelm Fliess, manuscritos inéditos y el «Entwurf einer Psychologie» {«Proyecto de psicología»}, 1895. *SE*, **1**, pág. 175 {incluye 29 cartas, 13 manuscritos y el «Proyecto de psicología». *SR*, **22**, pág. 13; *BN*, **9**, pág. 3433, y **1**, pág. 209; incluyen 153 cartas, 14 manuscritos y el «Proyecto de psicología»; *AE*, **1**, pág. 211 (el mismo contenido que *SE*).} (5, 7-10, 14, 17, 20, 34, 105, 128, 138, 143, 149, 200-1, 206, 208, 270, 311-2, 314)
(1960*a*) *Briefe 1873-1939* (ed. por E. L. Freud), Francfort. (2ª ed. aumentada, Francfort, 1968.) {*Epistolario*, Barcelona: Plaza y Janés, 2 vols.} (64)
Hartmann, E. von (1869) *Philosophie des Unbewussten*, Berlín. (10ª ed., Leipzig, 1890.) (68)
Hecker, E. (1893) «Über larvirte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie», *Zbl. Nervenheilk.*, **16**, pág. 565. (265)
Herbart, J. F. (1892) *Psychologie als Wissenschaft neu gegründet auf Erfahrung, Metaphysik und Mathematik. (Zweiter, analytischer Teil)*; **6**, en *Herbarts Sämtliche Werke* (ed. por K. Kehrbach), Langensalza. (1ª ed., Königsberg, 1825.) (16)
Janet, P. (1889) *L'automatisme psychologique*, París. (7, 33)
(1893) «Quelques définitions récentes de l'hystérie», *Arch. neurol.*, **25**, pág. 417, y **26**, pág. 1. (9, 240)
(1894) *État mental des hystériques* (2 vols.), París. (9, 121, 207, 240)
(1913) «Psycho-Analysis. Rapport par M. le Dr. Pierre

Janet», *Int. Congr. Med.*, **17**, sección XII (psiquiatría), nº 1, pág. 13. (7)

Jones, E. (1913*a*) *Papers on Psycho-Analysis*, Londres y Nueva York. (2ª ed., 1918, y 3ª ed., 1923, Londres y Nueva York; 4ª ed., 1938, y 5ª ed., 1948, Londres y Baltimore.)

(1915) «Professor Janet on Psycho-Analysis; a Rejoinder», *J. abnorm. (soc.) Psychol.*, **9**, pág. 400. En *Papers on Psycho-Analysis*, 2ª ed. solamente (véase 1913*a*). Trad. al alemán, «Professor Janet über Psychoanalyse», *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, **4** (1916), pág. 34. (7)

(1953) *Sigmund Freud: Life and Work*, Londres y Nueva York, **1**. (Las páginas que se mencionan en el texto remiten a la edición inglesa.) {*Vida y obra de Sigmund Freud*, Buenos Aires: Hormé, **1**.} (5, 16, 64, 312)

Lange, C. G. (1885) *Om Sindsbevaegelser, et Psyko-Fysiologisk Studie*, Copenhague. (212)

Mach, E. (1875) *Grundlinien der Lehre von den Bewegungsempfindungen*, Leipzig. (221)

Mitchell, S. W. (1877) *Fat and Blood and How to Make Them*, Filadelfia. (274)

Moebius, P. J. (1888) «Über den Begriff der Hysterie», *Zbl. Nervenheilk.*, **11**, pág. 66. (198-200, 203)

(1894*a*) «Über Astasie-Abasie», en *Neurologische Beiträge*, **1**, Leipzig. (226, 230)

(1895) «Über die gegenwärtige Auffassung der Hysterie», *Mschr. Geburtsh. Gynäk.*, **1**, pág. 12. (258)

Myers, F. W. H. (1893) «The Mechanism of Hysteria (The Subliminal Consciousness, VI)», *Proc. Soc. psych. Res.*, Londres, **9**, pág. 3. (9)

(1903) *Human Personality and its Survival of Bodily Death*, Londres y Nueva York. {*La personalidad humana*, Buenos Aires: Kier.} (10)

Oppenheim, H. (1890) «Thatsächliches und Hypothetisches über das Wesen der Hysterie», *Berl. klin. Wschr.*, **27**, pág. 553. (202, 214, 251, 255)

Pitres, A. (1891) *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, París. (190)

Romberg, M. H. (1840) *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*, Berlín. (231)

Schopenhauer, A. (1819) *Die Welt als Wille und Vorstellung*, Leipzig. (2ª ed., Leipzig, 1844.) En *Sämtliche Werke* (ed. por Hübscher), (2ª ed.), **2-3**, Wiesbaden,

1949. {*El mundo como voluntad y representación*, Buenos Aires: Aguilar.} (16)
Strümpell, A. von (1892) *Über die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen*, Erlangen. (255)
(1896) Reseña de Breuer y Freud, *Studien über Hysterie, Dtsch. Z. Nervenheilk.*, **8**, pág. 159. (10)
Wernicke, C. (1900) *Grundriss der Psychiatrie*, Leipzig. (257)
Westphal, C. F. O. (1877) «Über Zwangsvorstellungen», *Berl. klin. Wschr.*, **14**, págs. 669 y 687. (264)

Indice alfabético

El presente índice incluye los nombres de autores no especializados, y también los de autores especializados cuando en el texto no se menciona una obra en particular. Para remisiones a obras especializadas, consúltese la «Bibliografía». Este índice fue preparado {para la *Standard Edition*} por la señora R. S. Partridge. {El de la presente versión castellana se confeccionó sobre la base de aquel.}

12. «Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente» (caso Schreber), Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913)

13. *Tótem y tabú*, y otras obras (1913-1914)

14. «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico», Trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916)

15. *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (Partes I y II) (1915-1916)

16. *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (Parte III) (1916-1917)

17. «De la historia de una neurosis infantil» (caso del «Hombre de los Lobos»), y otras obras (1917-1919)

18. *Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo*, y otras obras (1920-1922)

19. *El yo y el ello*, y otras obras (1923-1925)

20. *Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis?*, y otras obras (1925-1926)

21. *El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura*, y otras obras (1927-1931)

22. *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, y otras obras (1932-1936)

23. *Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis*, y otras obras (1937-1939)

24. Indices y bibliografías